Tom II. *Listopad 1900.* № 11.

CZASOPISMO LEKARSKIE

Przyczynki do kazuistyki złamań czaszki.

Podał **Dr. Jan Świątecki** (z Wilna).

(Rzecz, odczytana na posiedzeniu Cesarskiego Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, d. 31 Kwietnia 1900 r.)

(Dokończenie.)

II. Rana postrzałowa kości czołowej ze zmiażdżeniem przedniego zrazu mózgu; przepuklina mózgowa (prolapsus cerebri). Na razie wyzdrowienie; w $1^1/_2$ roku później śmierć nagła.

Do szpitala kolejowego w Olicie (gub. Suwalska) 24 Czerwca 1898 r. przywieziono 18-letniego chłopca z raną mózgu, którą otrzymał 12 dni temu, strzelając ze starej pojedynki prochem bezdymnym; strzelbę rozerwało i kawał lufy, grubości i długości palca, utkwił w prawej połowie czoła. Chory padł bez zmysłów na ziemię i gdy go znaleziono, miał całą twarz, prawą połę i prawy rękaw kurtki obryzgane mózgiem. Wezwany na miejsce wypadku lekarz wojskowy, wyjął tkwiący w czole kawał żelaza i bez namysłu ranę skórną zeszył; uważając przytem chorego za straconego, żadnego opatrunku nie nałożył a nawet odradził udanie się do jakiegokolwiek szpitala. Dopiero po 12 dniach, gdy widziano, że chory nie umiera, a nawet odzyskał przytomność a cierpi strasznie, przywieziono go do mnie.

St. pr. Chory zupełnie przytomny, skarży się tylko na szalony ból głowy. Prawą połowę czoła zajmuje tętniący guz, wielkości średniego jabłka; na guzie widnieje nieprawidłowego kształtu rana, przez którą przegląda tętniący mózg i wypływa ropa. C. 38^0. T.-120.

Po rozszerzeniu rany cięciem krzyżowem dochodzącem do podstawy guza, usunąłem trzy wolne odłamy kostne, wskutek czego otwór w kości czołowej otrzymał kształt prawidłowego owalu, długości $4^1/_2$, szerokości $3^1/_2$ ctm.; przez otwór ten wychodzi przepuklina mózgowa wielkości dużego kasztana. W środku przepukliny istnieje otwór, otoczony po-

szarpanymi i w części zczerniałymi kawałami mózgu. Wprowadzony do otworu palec wchodzi wgłąb na 6 ctm. i porusza się w jamie dość swobodnie; ciała obcego w kanale nie znalazłem. Opatrunek wilgotny z kwasu bornego. C. wiecz. 37°,7. T. 114.

25. Do rany w mózgu włożyłem gumową rurkę drenową grubości ołówka. C. 37°,5—37°,8. T=112—114.

26. Ból głowy mniejszy. C. 37°,3—37°,7.

27. Brzegi rany mózgowej zczerniały na większej przestrzeni, a cała przepuklina wydaje się większą i jakby obrzękniętą, usunąłem więc rurkę drenową, z obawy, aby nie wywierała ucisku na wypadniętą część mózgu, okrążoną i przewężoną ostremi brzegami otworu w kości czołowej.

C. 37°,0—37°,7 T. 100 — 104; 28. C. 37°,1—37°,9 T. 110—112; 29. C.37°,7—37°,7; T=110—112; 30. Skarży się na nieznośny ból głowy. Usunąłem nożyczkami dwa kawałki zczerniałej tkanki mózgowej, każdy wielkości dużego bobu. C. 37°,0—37°,5.

1—2 Lipca St. idem C. 37°,5—38°,0. T=100--110; 3. Wobec tego, że wypadnięcie mózgu przyjęło formę grzyba, wobec nieustającej gorączki i nieznośnego bólu głowy, zdecydowałem się na odcięcie całej wypadniętej części mózgu, co też uskuteczniłem. C. wiecz. 37°, T. 90. — 4. C. 37°,2 — 37°,6 T. 96—114. — 5. C. 36°,6 — 37°,6. T. 114—120.

Zaraz po operacji zmuszony byłem wyjechać na dwa dni w sprawach zawodowych; gdym wrócił, 6. VII, sprawdziłem, że przez otwór w kości wypadła znów część mózgu tej samej, co i poprzednia wielkości; w jej środku widnieje reszta rany kanałowej, długości około 3 ctm. Ogólny stan chorego natomiast znacznie lepszy, gorączki niema, ból głowy ustał. Polepszenie to trwało przez dni dziesięć; w tym czasie odsekwestrowały się ostre brzegi otworu kostnego na całym obwodzie i rana kanałowa mózgu zagoiła się zupełnie.

17 Lipca chory znów zaczyna gorączkować 37°,9—38°,8, i skarżyć się na okropny ból głowy. Przypuszczając, że pogorszenie to stoi w związku z zaróśnięciem rany kanałowej mózgu i że w jej dolnym końcu, widocznie niedokładnie drenowanym, tworzy się ropień, d. 19 Lipca zrobiłem nakłucie próbne, ropy jednak nie znalazłem.

20—24 C. 37°,3 rano, 38°,6—38°,0 wiecz. T. 80—112. Ból głowy w dzień nieco mniej dokucza, w nocy natomiast bardzo silny.

25. Wypisany z powodu przejazdu rodziny do Warszawy, gdzie wstąpił do szpitala Dziec. Jezus na salę 27. Leczenie było za ścisle wyczekujące. Chory gorączkował tu jeszcze dni kilka, poczem gorączka ustąpiła, i otaczające wypadniętą część mózgu cztery płaty skórne, zrastając się z sobą, wepchnęły z powrotem przepuklinę do jamy czaszki; chory wypisał się ze szpitala jako uleczony.

Zabierając się do ogłoszenia niniejszego przypadku, napisałem do Warszawy z prośbą, aby powiadomiono mię o stanie zdrowia mego chorego;—po tygodniu otrzymałem list od jego ojca, w którym donosi co następuje „Syn mój Jan wyzdrowiał i pracował w fabryce do 16 Sty-

cznia r. b. (1900) i przyszedł z roboty, dostał umysł niedobry, wytrwał godzin parę i zasnął w Bogu." Tak więc nasz chory po $1^1/_2$ rocznym okresie względnego zdrowia zmarł prawie nagle; jak tę śmierć tłomaczyć, powiem niżej przy uwagach ogólnych, jakie mam zamiar uczynić z powodu opowiedzianych przezemnie przypadków.

1) Co do wywichniętego i nie dającego się ani wprawić, ani usunąć odłamu, sądzę, że podobny przypadek jest dość rzadki; wytworzenie blizny łącznotkankowej między ruchomym odłamem i leżącą pod nim kością czołową, zdaje mi się, było jedynem postępowaniem wskazanem w tym razie.

2). Przy leczeniu pęknięć kości skalistej jestem przeciwny wszelkim przemywaniom i tamponowaniom ucha. Ośmieliłbym się jednak wypowiedzieć tu zdanie, mogące się wydawać na pierwszy rzut oka zbyt śmiałem lub nawet zgoła nie uzasadnionem, mianowicie: w wypadkach, kiedy przez ucho wycieka wielka ilość cieczy mózgordzeniowej, kiedy wypływ ten trwa długo, staje się wskazanem zrobienie otworu na sklepieniu czaszki, czy to na miejscu istniejących już pęknięć, czy też, jeśli możemy wybierać bliżej ku jej podstawie, np. w dolnej części okolicy czołowej; otwór ten należy zrobić nie tylko w kości, lecz i w oponie mózgowej (twardej), aby skierować ciecz na inną drogę. Wiemy bowiem z doświadczenia, że te rany, przez które ciągle przepływa jakakolwiek ciecz pod pewnem ciśnieniem, goją się b. trudno i często przechodzą w przetoki; otóż rzecz wielce prawdopodobna, że i szczeliny w kości skalistej zagoją się prędzej, gdy dopniemy choćby tylko tego, że ciecz będzie przepływać przez nie w mniejszej ilości; stosunkowo dość prędkie zagojenie pęknięcia podstawy czaszki w moim przypadku ośmielam się przypisać właśnie temu, że tu z samego początku istniały szerokie otwory drenowe w okolicy czołowej, wywołane przez sam uraz.

3) I jeszcze zdaje mi się, chociaż wiem, że zdanie to może się spotkać z surową krytyką, że otworzenie jamy czaszki po urazach, wskazanem być może nie tylko przy wgłębieniu odłamów kostnych i krwotokach wewnątrz-czaszkowych, lecz w ogóle zawsze, gdy istnieją objawy wzmożonego ciśnienia wewnątrz-czaszkowego, jako to: zwolnienie tętna, utrata przytomności i śpiączka. Nie należy się obawiać zamiany złamania prostego na otwarte (powikłane) — przy zachowaniu tegoczesnej aseptyki, szkody to przynieść żadną miarą nie może. Nie wiem, jak Sz. Pp., lecz ja, na podstawie własnego, chociaż niewielkiego doświadczenia, wyniosłem to, nie powiem, przekonanie, lecz wrażenie, że długotrwała śpiączka i utrata przytomności zdarzają się właśnie przy prostych złamaniach czaszki, podczas gdy

przy otwartych zachodzi to bardzo rzadko; jak zaś pomyślnie przebiegają nawet wprost, rzec można, straszne uszkodzenia powikłane czaszki, pouczają liczne wypadki tego rodzaju, ogłaszane w bieżącej prasie lekarskiej. Zdaje mi się także, chociaż nie mogę przytoczyć tu żadnych dowodów, że owi dawni chirurgowie, którzy trepanowali przy wszelkich, nawet prostych złamaniach, opierali się nietylko na fałszywych założeniach teoretycznych, lecz i na dokładnie zauważonych przez nich danych klinicznych, że stan chorych po trepanacji polepszał się znacznie.

Ponieważ już o tem zaszła mowa, dodam, że mojem zdaniem, nie tylko praktyka, lecz i teorya przemawia za wypowiadaną przezemnie tezą.

Jeżeli śmierć nie nastąpiła natychmiast, inaczej, jeżeli nie zostały odrazu porażone główne ośrodki życiowe, jeżeli chory po urazie żyje czas jakiś, to może mu grozić jedno z dwóch: albo zakażenie, albo wciąż wzmagające się ciśnienie wewnątrz-czaszkowe, które rozstraja działalność owych ośrodków (wskutek niedokrwistości mózgu?). Wprawdzie należy tu zrobić wyjątek dla wstrząsu mózgu (commotio cerebri) i t. zw. nerwic urazowych, gdzie sprawa odbywa się na zupełnie odmiennym podkładzie anatomo-patologicznym i gdzie śmierć następuje, wedle wszelkiego prawdopodobieństwa, wskutek zwyrodnienia wtórnego owych głównych ośrodków życia—lecz to jeszcze dziedzina dla nas niedostępna, chociaż i tu, być może, chirurgja święcić będzie swoje tryumfy. Tymczasem jednak chirurgowi liczyć się wypada albo z infekcją, albo ze wzmożonem ciśnieniem wewnątrz czaszkowem. W tym ostatnim razie, winien się on przekonać, czy nie ma do czynienia z wewnątrz lub zewnątrz—twardówkowym krwotokiem, i wtedy, usunąwszy skrzepy i podwiązawszy naczynia, zadosyć uczyni wskazaniu przyczynowemu; jeżeli zaś przyczyny wzmożonego wewnątrz-czaszkowego ciśnienia chirurg znaleźć i usunąć nie może, to uskuteczniając trepanacyę, wypełni t. zw. wskazanie życiowe; jest to właśnie sprawa, o której myślę, wypowiadając swoje założenie.

Cały ciężar kwestyi polega głównie na tem, jak często w praktyce wypadnie kierować się omawianem tu wskazaniem, — zdaje mi się jednak, że nie zbyt rzadko. Z doświadczeń Walton'a, ogłoszonych w roku zeszłym (znanych mi wprawdzie tylko z krótkiego referatu w Centralblatt f. Chir.), wiemy, że przy wszelkich stłuczeniach mózgu, nawet zupełnie aseptycznych, zwiększa się ilość cieczy mózgo-rdzeniowej i w taki sposób wzmaga się ciśnienie wewnątrz-czaszkowe.

Przy otwartych złamaniach nadmiar tej cieczy ma możność wylewać się nazewnątrz, przy prostych taką klapę bezpieczeństwa wypada zrobić chirurgowi.

4) Pozwolę sobie jeszcze na kilka uwag co do profilaktyki i leczenia przepuklin mózgowych urazowego pochodzenia (prolapsus cerebri). Aby zapobiedz ich powstaniu, należy wszędzie, gdzie to jest możebne, t. j. gdzie operujemy w tkankach niezakażonych, zaszyć natychmiast ranę w twardówce (dura mater) dokładnie wyjałowionym katgutem; w razie gdy brzegi tej rany dokładnie zbliżyć się nie dadzą, należy zasnuć otwór w oponie szwem w drabinkę (w kształcie lit. W). Przykład takiego postępowania widziałem przed laty na oddziale d-ra Krajewskiego w Warszawie. Otwór w twardówce wielkości dwukopiejkowej monety, powstały po wycięciu mięsaka opony (fungus durae matris), został zasnuty w taki sposób katgutem i cel został osiągnięty w ciągu 2 czy 3 miesięcy, które chory spędził pod naszą obserwacyą: przepuklina się nie utworzyła, co stwierdzić było tem łatwiej, że rany na razie nie przykryto żadnym płatem. Inaczej się rzecz przedstawia, gdy operujemy w środowisku mniej lub więcej zakażonem, gdyż wtedy nakładanie szwu na ranę oponową, połączone jest z wielkiem niebezpieczeństwem przeniesienia mikrobów na szwie w przestrzenie podoponowe. Okoliczność ta przeszkodziła mi właśnie zaszyć ranę w moim pierwszym przypadku, co sprowadziło utworzenie się przepukliny.

Jak postąpić ma chirurg w tym razie?

Samo odcięcie wypadłych części z następczem pokryciem rany płatem skórnym czy nawet skórno-kostnym zazwyczaj nie prowadzi do celu: przepuklina tworzy się na nowo. Wprawdzie w pewnych przypadkach, gdy przepuklina ma dość szerokie wrota i nie jest w nich zaciśniętą, może się z czasem, pod wpływem zabliźniania się rany skórnej, schować się z powrotem do jamy czaszki, jak to zaszło w naszym drugim przypadku; bywa to jednak bardzo rzadko, zresztą wynik taki nie można zaliczać do idealnych, gdyż pozostaje w najlepszym razie ściśle zrośnięta z mózgiem blizna skórna, która się łatwo może owrzadzać, ulegać rozmaitym urazom i t. p. Ideał, do którego chirurg dążyć powinien, polega na wytworzeniu dla mózgu przykrycia kostnego (np. sposobem Müller-Koenig'a). Zanim się jednak do tego przystąpi, należy wpierw skończyć z przepukliną. Gdybym dziś był postawiony wobec podobnego, jak w 1896 r. przypadku, zastosowałbyłbym sposób czasowej heteroplastyki, opisany w 1898 r.

przez F. Franke'go (Centralblatt für Chir. № 47). Sposób ten polega na wsunięciu pod brzegi kostne otworu w czaszce płytki celluloidowej, mającej za zadanie przeszkadzać wypadaniu mózgu przez ranę w twardówce; po 3—4 tygodniach, gdy rana w niej zaciągnie się blizną, płytkę usuwamy, poczem otwór w czaszcze zakrywamy zwykłemi sposobami osteoplastycznemi.

5) W końcu dodam jeszcze słów kilka do charakterystyki ropni mózgowych. Jak wiadomo, ropnie mózgowe, zwłaszcza urazowego pochodzenia, przebiegają po większej części bez gorączki. Tak było w moim 1-ym przypadku, i gdyby nie wklęśnięcie, zauważone na miejscu dawnej przepukliny, i nie nadmierna pobudliwość serca, zależne, jak się okazało później, od zupełnie innej przyczyny, ropnia mózgowego nie byłbym szukał wcale a z chorym pewnego pięknego poranku zdarzyło by się to, co z pacjentem № 2 — t. j. zmarł by nagle. Że w tym ostatnim przypadku mieliśmy także do czynienia z ropniem mózgowym, zdaje się nie ulegać najmniejszej kwestyi: żadna inna choroba, charakteryzująca się bredzeniem i bólem głowy, za wyjątkiem chyba błyskawicznej formy szkarlatyny, nie zabija w ciągu 2—3 godzin.

Istnienie tego ropnia podejrzewałem jeszcze wtedy, gdy chory był pod moją opieką, i jak wiadomo, robiłem nakłócie próbne. Otóż, mojem zdaniem, gdy tylko chory z urazem mózgu zaczyna gorączkować, chociażby nawet gorączka nie przenosiła kilku dziesiątych stopnia, jeżeli gorączki tej nie możemy objaśnić stanem rany, zwłaszcza, gdy zjawia się ona i znika bez wszelkiej widocznej przyczyny, należy zawsze myśleć o ropniu mózgowym i poszukać go w odpowiedniem miejscu.

To że chory żył jeszcze we względnem zdrowiu $1\frac{1}{2}$ roku, dowodzi tylko, jak skrycie przybiegają ropnie mózgowe. Dawniej objaśniano powolny przebieg choroby właściwościami unaczynienia tkanki nerwowej — obecnie można przypuszczać, że tkanka mózgowa obdarzona jest własnościami antytoksycznemi, jak to poczęści dowiodły doświadczenia Milchner'a, Wassermann'a i Takaki z jadem tężcowym: autorowie ci wstrzykiwali zwierzętom zabójczą dawkę w emulsyi mózgowej, śmierć jednak nie następowała; doświadczenia zaś de Gaetano zdają się przemawiać za odpornością tkanki mózgowej względem zakażeń ropnych.

Dane o szczepieniu ospy w powiecie kaliskim, w roku 1899.

Podał dr. **Feliks Drecki.**

(Streszczenie referatu, czytanego na posiedz. Tow. Lek. kaliskiego w d. 17 Maja 1900 r.)

Powiat kaliski liczy 110,478 ludności. Podług wykazów, sporządzonych przez urzędy gminne w pierwszych dniach Kwietnia r. 1899, szczepieniu podledz miało:

wakcynacyi	—	3075 dzieci
rewakcynacyi	—	942
ogółem	—	4017

Powyższe cyfry, zdaniem lekarza powiatu, podawały zbyt nizkie liczby, szczególniej kwalifikujących się do rewakcynacji; wykazy niektórych gmin wcale tej kategoryi nie zawierały. Dla tego część wykazów zwrócono do uzupełnienia. Po sprostowaniu wykazy zawierały dzieci do wakcynacji więcej o 289, do rewakcynacji więcej o 661, czyli ogółem:

do wakcynacji	—	3364
do rewakcynacyi	—	1603
ogółem	—	4967

co w stosunku do ogółu ludności stanowi 4,47% — najwyższa odsetka, podług tablicy K. Chełchowskiego[1]).

Szczepienia wykonane były przez dwóch lekarzy i siedmiu felczerów. Przy szczepieniu okazało się, że: 1) stawiły się dzieci nie objęte wykazami; 2) brakowało wielu wykazami objętych. Za powód tej nieścisłości podawali wójci i sołtysi zarówno przypadki zgonów dzieci i wyjazd niektórych mieszkańców gmin, jak narodziny i przybycie nowych mieszkańców; wreszcie — chorobę wielu dzieci.

Niepomieszczonych w wykazach stawiło się:

do wakcynacyi	—	541
do rewakcynacyi	„	83
Ogółem	„	624

Niestawiło się zamieszczonych w wykazach:

do wakcynacji	—	621
do rewakcynacji	„	802
Ogółem	„	1423

Ponieważ podczas szczepienia przekonano się, że wykazy były ułożone — z ksiąg ludności lub wprost przez sołtysów — niedokładnie, polecono wykonać dopełniające szczepienia bądź w urzędach gminnych, bądź w miejscowościach, sąsiadujących z siedzibą lekarza resp. felczera. Przy tem dodatkowem szczepieniu liczba

---

1) „Gaz. Lek." „Zdrowie" 1899.

wakcynowanych	powiększyła się	o	419
rewakcynowanych	„	„	242
razem	„	„	661

Sumując wszystkie szczepienia, otrzymamy liczby, które wykazują, że w porównaniu z pierwotnymi wykazami — niestawiło się:

do wakcynacji	dzieci	202
do rewakcynacyi	„	560
Ogółem	„	762

przeważnie takich, które bądź były chore, bądź z gminy się wyprowadziły, bądź zmarły.

Ogólny wynik szczepienia w r. 1899 daje:

wakcynacji	3703	dzieci
rewakcynacyi	1126	„
szczepień wogóle	4829	„

Dla usunięcia braków w wykazach- -polecono, by w przyszłości, w czasie od 1 do 20 Kwietnia (kiedy już usługa dworska służbę zmieniła), wójci gmin objeżdżali wsie i osobiście spisywali: 1) dzieci nowonarodzone i 2) dzieci w wieku od 8 do 10 lat, które nie były rewakcynowane. W ten sposób są już ukladane listy w roku bieżącym.

Ścisła kontrola zwiększa, jak widzieliśmy, ilość szczepień: w roku 1899 ilość ta wzrosła o 1611.

Wykazy są prawie wszędzie niedokładne, na co pierwsi uwagę zwrócili kol.: Chełchowski i Tołwiński, których prace znacznie się przyczyniły do postępu praktyki szczepienia ospy.

Odsetka szczepień wynosiła: 4,38% ogólnej liczby ludności z czego 3,35% wakcynacyi, 1,01% rewakcynacji.

Materjał szczepienny brano z instytutów d-rów Stępniewskiego i Tchórznickiego; był doskonały, gdyż dawał 90 — 100% przyjęć.

O wyniku szczepień przekonywam się 7 — 10-go dnia po rękoczynie, bądź osobiście bądź, przez kolegę Zuckra, który mię łaskawie w tej czynności i innych wyręcza: na pewien termin zbierają się dzieci w kancelaryach gminnych i tam ulegają rewizji. Stawiło się w tym celu w r. 1899 1255 wakcynowanych i 210 rewakcynowanych, ogółem 1465 dzieci, czyli 35% szczepionych. O pozostałych zebrano relacje pośrednio.

W roku bieżącym szczepić będzie w pow. kaliskim trzech lekarzy — w sześciu gminach, z których każda wyznaczyła na lekarza i kupno materjału po 25 rb.; lekarz za szczepienie i rewizję, czyli za dwukrotną bytność na wsi i za szczepienie 200—300 dzieci, otrzyma rub. 15. W tych gminach nie będą już rodzice płacić felczerowi, jak to się w innych dzieje, po 5 i 10 kop. za szczepienie. Po lekarza gmina przysyła przyzwoitą podwodę.

Wykonywanie szczepień przez lekarzy uważam również za postęp.

Granice władzy zawodowej lekarza ze stanowiska prawa i etyki.

Napisał **Dr. E. Sonnenberg.**

(*Dokończenie.*)

VI. Zabiegi, podejmowane bez wiedzy chorego i nie w interesie jego zdrowia.

TREŚĆ: Doświadczenia naukowe na chorych. Zachowywanie się wobec nich lekarzy i prasy lekarskiej. Potępienie doświadczeń na chorych przez Akademję lekarską paryzką. Doświadczenia na osobach skazanych przez sądy na śmierć. Doświadczenia na chorych ze stanowiska prawa i etyki. Sprawa prof. Neissera. Dokonywanie przez lekarzy doświadczeń na sobie. Przykłady samopoświęceń lekarzy.

Dwa więc warunki powinniśmy mieć na względzie, przystępując do zabiegu leczniczego: należy działać w porozumieniu z chorym, a podejmowany przez nas zabieg musi być naukowo uzasadniony i niezbędny.

Współczesne istnienie obydwóch wymienionych warunków stanowi o legalności zabiegu lekarskiego. Gdy brak jednego z powyższych warunków, a mianowicie zezwolenia chorego, to zabieg, zależnie od okoliczności, może być jeszcze legalny. Brak natomiast obydwóch warunków nosi zawsze cechy postępowania bezprawnego. Pozostaje więc pytanie: jaki cel miałby lekarz, gdyby podjął się zabiegu, nie mając na to ani zezwolenia chorego, ani też potrzeby w interesie zdrowia tegoż?

Przykład poniższy da odpowiedź na to pytanie.

Przypuśćmy, że lekarz — neuropatolog pragnie się przekonać, o ile jest prawdziwy panujący w nauce pogląd, że paraliż postępowy jest pochodzenia przymiotowego. Ponieważ jednorazowe przebycie przymiotu daje przeciwko powtórnemu nabyciu tegoż cierpienia prawie zawsze odporność, sądzi więc, że zaszczepienie paralitykowi przymiotu będzie tu najlepszym sprawdzianem: nieprzyjęcie się przymiotu dowiedzie, że panujący pogląd jest prawdziwy. Robi więc tę próbę na chorym. [1]) Chory, naturalnie, nie odgaduje prawdziwych zamiarów lekarza. Będąc pewnym, że lekarz robi coś w celu podźwignięcia go z choroby, sili się, aby znieść cierpienie, zachody bowiem lekarza wzbudzają w nim nadzieję powrotu do zdrowia.

Tego rodzaju uchybienia lekarzy u nas nigdy nie zdarzały się. Wszystko co wiemy w tej mierze — a są to zdarzenia nader rzadkie

---

[1]) Carl Stooss (l. c.) S. 80.

pochodzi z zagranicy. A i tam każde takie zapomnienie się lekarza spotykało słuszne oburzenie jego towarzyszów zawodowych i surowe skarcenie ze strony prasy specjalnej. Wypierano się wszelkiej wspólności z tym, co stawiał chorego w jednym rzędzie ze zwierzęciem do doświadczeń; każdy czyn tego rodzaju wyciągano na jaw i piętnowano w obawie, aby nie znalazł naśladowców.

Za miarę zachowania się ogółu lekarzy względem podobnych doświadczeń mogą służyć burzliwie manifestacje, jakich widownią było posiedzenie Akademji lekarskiej paryzkiej w d. 12 Czerwca 1891 r. W dniu owym prof. Cornil zawiadomił obecnych na posiedzeniu o fakcie przeszczepialności raka, jaki mu zakomunikował pewien chirurg, którego nazwiska C. nie chciał wymienić, a który dokonał był doświadczenia na chorej, dotkniętej tym złośliwym nowotworem. Ledwo Cornil skończył swe przemówienie, gdy okrzyk zgrozy wyrwał się z piersi obecnych. Uderzono na Cornil'a z całej siły i obrzucono go wymówkami, iż miał odwagę podjąć się tak niezaszczytnej roli, jak obwieszczenie Akademji o odkryciu, połączonem z tak gorszącym wybrykiem.[1]) Między innymi powstał stary Le-Fort i powiedział, że brak mu wyrazów na określenie całej szkarady tego czynu, przed którym myśl się wzdryga i który grozą przejmuje w swej brutalności. Mówca gorąco protestował przeciwko tego rodzaju doświadczeniom w imieniu francuzkich chirurgów i w imię moralności. W tymże duchu przemawiali Larrey, Bichet i Moutard-Martin. Ten ostatni nazwał takie znęcanie się nad chorym wprost przestępstwem, noszącem cechy zbrodni, i odwołał się do Akademji, jako instytucji, która reprezentuje nietylko interesy nauki, lecz stoi i na straży cnót obywatelskich jej adeptów, wzywając ją do wspólnego oddziaływania przeciwko tego rodzaju wybrykom, które dyskredytują stan w oczach ogółu. Przewodniczący posiedzeniu przychylił się natychmiast do żądania Moutard'a i w sposób najuroczystszy oświadczył, że Akademja potępia i piętnuje tego rodzaju postępki. Przemówienie przewodniczącego porwało wszystkich zgromadzonych i zostało pokryte burzą entuzjastycznych oklasków.[2])

Oto w jaki sposób przyjęła Akademja przekazany nauce przez anonymowego eksperymentatora, krwią ociekły, upominek!

Sprawa, poruszona przez Cornil'a, ześrodkowywała przez długie miesiące uwagę lekarzy i stanowiła wątek rozmaitych dociekań i domysłów co do osoby niefortunnego eksperymentatora. Kampanja przeciwko doświadczeniom na chorych, prowadzona w kolumnach czasopism specyalnych, doprowadziła w dalszych konsekwencjach do drażliwych nawet starć między lekarzami francuskimi i niemieckimi. Wziąwszy bowiem asumpt z cytowanego zdarzenia, Francuzi przypomnieli światu, iż podobne próby i w tych samych okolicznościach dokonane zostały w r. 1888 przez niemca Hahn'a[3]) i następnie powtórzone zostały przez

---

[1]) Le Bulletin Médical 1891. 24. VI [2]) Bulletin de l' Académie de médecine 1891. 23. VI. (Ref. we Wraczu 1891. № 26). [3]) Hahn: „Ueber Transplantation von carcinomatöser Haut“ (Berlin. Klin. Wochenschr. 1888. 4. V. S. 413. (Wracz 1891).

prof. Bergmann'a. Doszło do tego, że pruski minister oświaty zażądał od Hahn'a i Bergmann'a, aby w ciągu 24 godzin poczynili wyjaśnienia w przedmiocie imputowanych im zarzutów.[1])

Z powyższego więc widać wymownie, jakie stanowisko zajmuje opinja lekarska każdorazowo wobec tego rodzaju taktyki jakiegokolwiek z członków jej korporacyi. Każde nowe odkrycie, okupione próbami na chorych, nawet największej doniosłości, wniosłoby do skarbca wiedzy ponure piętno, jako zdobycz, pochodząca z mętnego źródła, jako wytwór podejścia ze strony lekarza. Takiego odkrycia nie wita się z entuzjazmem, nikogo ono nie pociąga. Przeznaczeniem wiedzy lekarskiej w jej dziejowym pochodzie jest nie stąpanie po krętych ścieżkach, lecz kroczenie po szerokim, prosto wytkniętym, jasnym gościńcu. Ten sam zmysł moralny nie pozwala nam spychać na stanowisko królika lub morskiej świnki nawet przestępców, skazanych przez sądy na karę śmierci. Któż nie pamięta owego oburzenia, jakie ogarnęło przed kilkunastu laty świat lekarski na wieść, iż znalazł się lekarz, co pragnąc przekonać się o zaraźliwości trądu, wystarał się o zamianę wyroku śmierci dla pewnego przestępcy na wyspach Hawai i, za zgodą delinkwenta, zaszczepił temuż trąd? Jakkolwiek dodatni wynik zaszczepienia Hanzen'owskich laseczników miał doniosłe znaczenie dla nauki, jednakże czyn owego eksperymentatora doznał ogólnego potępienia, jako nieludzki i wstrętny.[2])

Tryumfy nauki lekarskiej nie powinny odbijać się bolesnem echem tych, na których pożytek ona istnieje. Byłoby to bowiem sprzeniewierzenie się wysokiemu posłannictwu, stanowiłoby rozdźwięk z odwiecznem hasłem, wypisanem na sztandarze nauki i przywiązanem do wielkich tradycji stanu lekarskiego, a wpłynęłoby rozprzęgająco na zaufanie chorych do lekarzy. Usiłowanie swe musi lekarz zawsze naginać do granic, zakreślonych przez zasadę, że dobru chorego należy podporządkowywać interesy nauki. Ostatnią metę naszych zabiegów zawsze najlepiej będzie określać sentencja, zawarta w prastarej dewizie: primum non nocere!

Jeszcze słówko.

Jesteśmy obecnie w przededniu dochodzeń śledczych i rozpraw sądowych, wynikłych znów z powodu robienia doświadczeń na chorych.

Oto człowiek, zajmujący wybitne stanowisko w świecie lekarskim, pierwszorzędna gwiazda na widnokręgu umiejętności, książę nauki, zapragnął złożyć na ołtarzu powszechnego dobra niebywały dar, któryby spełnił marzenia wieku. Lecz uniósł się, przekroczył zakres władzy i atrybucye zawodowe lekarza i ściągnął na siebie ciężki zarzut. Z tego powodu czyn jego jest obecnie przedmiotem rozpraw w parlamencie niemieckim, a on, prowodyr myśli, celem napaści...

---

[1]) „Allgem. Medic. Central-Zeitang" 1891. 18. VIII (Wracz 1891. № 29).
[2]) Doświadczenie powyższe było dokonane w r. 1885.

Jaki będzie wynik dochodzeń sądowych, przesądzać trudno. Nie ulega jednak wątpliwości, że niespożyte zasługi, jakie położył dla nauki (nieskazitelny charakter) zaważą na szali sprawiedliwości.

Zanim zamknę ten rozdział pozwolę sobie zauważyć, że w historyi medycyny spotykamy koryfeuszów wiedzy, co ulegając nieprzepartej żądzy unaocznienia prawdziwości swych przekonań naukowych, szli na cierpienia dobrowolne a nawet nie wahali się, dla stwierdzenia głoszonych przez się prawd, uciekać się do poświęcenia, narażając na niebezpieczeństwo własne zdrowie i życie. Duch dziejów otacza blaskiem promiennym imiona Alibert'a, Biett'a, Fayet'a, Lenoble'a i innych, owych fanatyków, w piersiach których gorzał święty ogień nauki...[1])

Tyfus brzuszny

w szpitalu fundacji małż. Poznańskich w Łodzi w latach: 1897, 1898 i 1899.

Podał ordynator oddziału **Dr. Henryk Rosenthal.**

(Podług odczytu na posiedzeniu Tow. Lek. Łódzkiego, 17 Kwietnia 1900 r.)

Na oddziale tyfusowym wszystkich chorych w przeciągu 3 ostatnich lat było razem 330 (153 + 86 + 91), w tej liczbie mężczyzn 175 (53 %), kobiet 155 (47 %).

Odsetki chorych podług wieku przedstawiają się jak następuje:

Od	1—10	lat	było	20	chorych,	czyli	6 %	ogólnej	liczby.
„	10—20	„	„	161	„	„	48,8 %	„	„
„	20—30	„	„	88	„	„	26,8 %	„	„
„	30—40	„	„	41	„	„	12,4 %	„	„
„	40—50	„	„	13	„	„	3,9 %	„	„
„	50—60	„	„	4	„	„	1,2 %	„	„
„	60—70	„	„	3	„	„	0,9 %	„	„

Liczba chorych w różnych miesiącach przedstawia się jak następuje:

---

[1]) Wymienieni badacze zaszczepili sobie złośliwe nowotwory, pragnąc się przekonać o ich zaraźliwości (Union médicale du Nord— Est 1891. VII).

	r. 1897	1898	1899	Razem.
W Styczniu przyjęto chorych:	10	5	4	19
Lutym „ „	12	5	3	20
Marcu „ „	14	4	4	22
Kwietniu „ „	14	9	9	32
Maju „ „	16	2	4	22
Czerwcu „ „	13	4	6	23
Lipcu „ „	9	4	3	16
Sierpniu „ „	11	13	5	29
Wrześniu „ „	17	13	12	42
Październiku „	16	16	18	50
Listopadzie „ „	6	6	16	28
Grudniu „ „	6	5	7	18

O początku choroby nie pozwalają spostrzeżenia szpitalne wypowiedzieć nic określonego, ponieważ chorzy wstępują do szpitala po kilkudniowem już trwaniu choroby.

Powiększenie śledziony jest uznawane za jeden ze stałych objawów tyfusu brzusznego. W przeciągu ostatnich 3 lat spostrzegałem w szpitalu 330 chorych tyfusowych; pomimo dokładnego badania u 72 (21,8%) nie mogłem stwierdzić powiększenia śledziony.

Jednym z wcześniejszych objawów duru brzusznego jest różyczka. Liebermeister i Eichorst twierdzą, że różyczka stanowi stały objaw tyfusu i że nie widzieli nigdy duru bez różyczki. Jaccoud mniema, że rzadko bardzo się zdarza, by wysypki wcale nie było; ma ona bardzo ważne znaczenie przy rozpoznaniu duru, chociaż nie stanowi objawu patognomonicznego, a to z dwóch powodów: 1) może jej wcale nie być; 2) występuje i w innych chorobach (tuberculosis miliaris, meningitis cerebro—spinalis). Curschmann, również jak i Murchison, sądzą, że różyczka nie jest ani stałym, ani charakterystycznym objawem duru. W Lipsku na 1261 przypadków u 260 chorych różyczki wcale nie było; na 1601 chorych w Hamburgu różyczki nie było w 325 przypadkach. U niektórych moich chorych wysypka była tak obfitą, że na pierwszy rzut oka robiła wrażenie odry; u innych wysypka była bardzo nieznaczna. Na 330 tyfusowych, obserwowanych przezemnie różyczki przez cały przebieg choroby nie było u 76 chorych, co stanowi 23%.

Rozwolnienie stanowi jeden ze stałych objawów duru brzusznego. Od kilku dopiero lat zaczęto mówić o zaparciu podczas tyfusu. Curschmann na cztery tysiące przypadków prawie u $^1/_3$ znalazł stałe zaparcie. Częstość stałego zaparcia przy tyfusie Sokołowski oblicza w swojej statystyce na 10% przypadków. U chorych przezemnie obserwowanych uporczywa obstrukcja występowała niezbyt często; na 330 przypadków mieliśmy ją 28 razy, czyli 8.5%.

Więc powiększenie śledziony, różyczka i rozwolnienie nie są bezwarunkowymi objawami duru brzusznego.

Nawroty choroby spostrzegano względnie rzadko. Schill spostrzegał na 38 przypadków 12 nawrotów, a więc 38%; podług

statystyki Steinthal'a w Lipsku recydywy wydarzyły się 45 razy na 544 przypadków (8.3%). Eichorst w. r. 1884 na 411 chorych miał 26 nawrotów (5.6%) Goth podaje częstość nawrotów na 8,7%, Schmidt na 6,8%, Studer na 6,8, Berg — na 12%, Pacanowski 4,5%. Curschmann twierdzi, że ilość nawrotów nie zawsze bywa jednakowa: zależy to przeważnie od czasu, miejsca i siły zarazka; przeciętna ilość nawrotów bywa 6%—12%. U nas na 330 chorych było14 nawrotów, a więc 4,2%; od spadku ciepłoty aż do nawrotu mijało 10 do 19 dni. Taka niewielka ilość nawrotow godna jest zastanowienia. Może objaśnia ją pogląd Immermann'a, który przypisuje leczeniu przeciwgorączkowemu zwiększenie się ilości nawrotów tyfusu. W szpitalu stosujemy środki przeciwgorączkowe tylko wyjątkowo, k edy gorączka dochodzi do niezwykle wysokiego stopnia natężenia lub też gdy trwa zbyt długo. Nieznaczna ilość nawrotów niepozwoliła na sprawdzenie trafności zdania Ebstein'a, według którego nawroty występować mają przeważnie u osób słabszych.

Z różnych odmian duru mieliśmy 3 przypadki duru nerkowego (*reno—typhus*). Dla uniknięcia słów zbytecznych zauważę tylko, że od dnia wstąpienia chorych do szpitala znajdowaliśmy typowe zmiany w moczu: krew, białko w ilości znacznej i wałeczki. Gubler i Robin pierwsi opisali renotyphus, następnie zjawiła się znakomita rozprawa Amata w Niemczech; o tej sprawie pisali też Hamburger i Kussmaul. Biegański w przypadkach duru nerkowego przypuszcza, że„ ma da czynienia z zakażeniem tyfusowem u osób, chorych już oddawna na skryte zapalenie nerek."

Zanotowano 3 przypadki *meningotyphi*. Pozwalam sobie w kilku słowach streścić historję choroby jednego z nich. Chora N. wstąpiła do szpitala w stanie nieprzytomnym, od czasu do czasu krzyczała, wymawiała słowa bez treści; badanie wykazało charakterystyczny opisthotonus, żrenice nierównomiernie rozszerzone, ciepłota 40,6.Objawy zap. opon mózgowych wraz ze stopniowem zmniejszeniem gorączki (do 38,4'°) po kilku dniach przeszły, a wtedy na pierwszy plan wystąpiły objawy tyfusu. Eichorst w tych przypadkach nie uznaje istnienia zapalenia opon, lecz objawy te tłómaczy przekrwieniem i nacieczeniem błon mózgowych. Curschmann twierdzi, że „jest sprawą dobrej woli przypadki podobne chrzcić mianem tyfusu mózgowego."

Na 330 chorych mieliśmy dwa przypadki tyfusu, które można zaliczyć do postaci t. zw. *pneumotyphus*. Oto w kilku słowach przebieg choroby jednego z nich. Chory S. przybył do szpitala skarżąc się na ból, kłucie w piersi i w boku i silny kaszel; w dolnej części lewego płuca wyraźne stępienie, oddech znacznie zaostrzony, prawie oskrzelowy; drżenie klatki piersiowej wzmożone. Chory odrzuca sporo plwociny, w której znajdujemy ślady krwi; ciepłota 39.2, tętno 126 na minutę, pełne i twarde, częstość oddechu 36; 7-go dnia choroby znaczna wysypka, śledziona wyczuwa się dobrze, stępienie nieznaczne, kaszel mniejszy; od tego czasu na pierwszy plan występują objawy duru; 12-go dnia choroby w płucach znajdujemy tylko objawy nieżytu oskrzeli, przebieg tyfusu zupełnie prawidłowy; 27-go dnia choroby stan bezgorączkowy. Gerhardt i Zuelzer tłomaczą przypadki „*pne-*

umotyphi" niezwykłem umiejscowieniem zarazka tyfusowego w płucach. Biegański twierdzi, że nie dowiedziono napewno, by laseczniki tyfusowe mogły wywoływać same przez się zapalenie płuc, a dopóki taki dowód nie będzie dostarczony, hypotezie tej nie można przepisywać wielkiego znaczenia.

Powikłania tyfusu nie przedstawiały nic szczególnego. Wypada mi wspomnieć *o zapaleniu ropnem gruczołu przyusznego*.[1]) Na 330 chorych mieliśmy 5 przypadków parotitidis, co stanowi 1.5%; 3 przypadki przedstawiały zapalenia prawostronne, jeden—lewostronne, w jednym przypadku zapalenie było obustronne; w tym właśnie przypadku doszło do przecięcia. Charakterystycznem jest to, że zapalenia (za wyjątkiem tego ostatniego) występowały w okresie zdrowienia, mianowicie pod koniec 4-go i na początku 5-go tygodnia, tak że zmiany te możemy zaliczyć do powikłań późniejszych. Obustronne zaś zapalenie pokazało się u naszej chorej już w drugim tygodniu choroby, a więc podczas samego rozwoju choroby; śmiertelnych przypadków nie było. Z bardzo rzadkich powikłań mieliśmy 1 przypadek *niemoty*; wystąpiła ona u chorego pod koniec 2-go tygodnia od wstąpienia do szpitala i trwała tylko 4 dni. W naszej literaturze przypadki niemoty opisali Pacanowski i Biegański. Godne są zanotowania 3 przypadki *raka wodnego* (noma) z zejściem pomyślnem.

Śmiertelnych zejść było 20, co na 330 chorych stanowi 6%; jeden z tych chorych leczył się w szpitalu tylko 1 dzień, 4 po 2 dni, 2 po 3 dni, 2 po 4 dni; dalej liczba dni przebytych przez tych chorych w szpitalu przedstawia się w sposób następujący: 9, 14, 20 ,22, 23, 24, 26, 28, 30. Przyczyną śmierci w 5 przypadkach był krwotok kiszkowy, w 6 przypadkach — przedziurawienie kiszek i zapalenie otrzewnej, w 3 przypadkach — rozlane zapalenie otrzewnej bez przedziurawienia, w 5 przypadkach paraliż serca i w 1 przypadku paraliż mózgu.

Jeżeli uwzględnimy, że 7 chorych leczyło się w szpitalu od 1—3 dni, jeżeli następnie zwrócimy uwagę, że we wszystkich tych przypadkach już podczas pierwszego badania stwierdzić mogliśmy przedziurawienie jelit i zapalenie otrzewnej lub krwotok kiszkowy, to musimy przyjść do wniosku, że śmiertelnych przypadków przy dłuższem leczeniu w szpitalu mieliśmy tylko 13, co stanowi 3, $9_0/^0$. Porównajmy odsetki te z odsetkami innych autorów. Griesinger na 510 przypadków miał $18,8_0/^0$ śmiertelności; Pacanowski—$9_0/^0$, Popow—$12,9_0/^0$; w ogólnej statystyce szpitala Dz. Jezus—$13_0/^0$, w ogólnej statystyce szpitala św. Ducha za 10 lat-$12_0/^0$, szpitala ujazdowskiego—$14,6_0/^0$ Eichorst pisze, że przy leczeniu tyfusu brzusznego w szpitalach śmiertelność wynosi 5—$20_0/^0$. Na 1000 chorych miał 89 przypadków śmierci, co stanowi $8,1_0/^0$. Murchison na 18,612 przypadków miał $18.52_0/^0$, Thüngel-$19_0/^0$. Curschmann na

---

[1]) Podług Biegańskiego zapalenie gruczołu przyusznego występuje w tyfusie mniej więcej w 2—3°/₀ wszystkich przypadków. Biegański twierdzi że „zapalenie to spostrzegać można w każdym okresie tyfusu brzusznego"; autor widział powikłanie to w początkach drugiego tygodnia choroby i w okresie zdrowienia; pod względem prognostycznym uważa zapalenie gruczołu przyusznego za poważne powikłanie.

zasadzie statystyk różnych autorów twierdzi, że % śmiertelności przy tyfusie stanowi 18%-20%. Na 3600 chorych, obserwowanych przez niego w przeciągu 20 lat (1877-1897) w Berlinie, Hamburgu i Lipsku, widział zejście śmiertelne w 9.3%. Przyjmując pod uwagę i ten fakt, że w szpitalu gromadzą się przeważnie najcięższe przypadki tyfusu, musimy przyjść do przekonania, że śmiertelność nasza nie jest dużą.

Zdaje mi się, że tyfus w prywatnej praktyce (Bałuty i St. Miasto) dawał współcześnie większą odsetkę śmiertelności; jest to zdanie wielu kolegów, praktykujących wśród biednej warstwy ludności mieskiej. Mała stosunkowo śmiertelność w szpitalu tłómaczy się pomyślnymi warunkami lokalnymi. Szpital mieści się na krańcu miasta, zdala od gęsto zaludnionych dzielnic, otoczony jest ogrodem; oddział tyfusowy jest obszerny, bogato zaopatrzony w światło słoneczne, posiada dobrą wentylację.

Przy rozpatrywaniu statystyki szpitalnej mał. Poznańskich zwraca uwagę fakt, że odsetka śmiertelności od tyfusu wzrasta; do 1897 roku śmiertelność wynosiła od 1%-2%, w r. 1897—2,6%, w 1898 i 1899 mamy już 5%, a razem z przypadkami obserwowanemi w szpitalu od 1—3 dni nawet 6%. Ponieważ zabiegi terapeutyczne nie uległy w tym czasie zmianie, więc chyba „genius epidemicus", resp. siła zarazka, staje się z każdym rokiem większa. Na to wpływają, zdaje się, te same okoliczności, które zmniejszają odporność, mianowicie: wilgotne mieszkania, skupienie znacznej ilości ludzi na małej przestrzeni i t. d. Już w sprawozdaniu z oddziału tyfusowego za 1897 r.[1]) w kilku słowach wspomniałem o złych warunkach hygienicznych tej dzielnicy miasta, która dostarcza nam materjału szpitalnego.

Wszystkie niemal domy są tam drewniane i budowane bez wszelkich zasad hygienicznych. Mieszkanie przeciętnej rodziny, składającej się z 4 do 8 osób, stanowi przeważnie jeden mały pokój, bardzo często w suterynie lub na poddaszu. Podłoga w mieszkaniu po większej części mokra i brudna, sufit i ściany bielone raz do roku. Schody w tych domach są zawsze pokryte grubą warstwą błota i gnijącymi odpadkami. Mieszkania te, przeważnie o jednem oknie, które wskutek wadliwego urządzenia rzadko kiedy się otwiera, lufcików zupełnie nie posiadają. Brak powietrza w pokoju uwydatnia się jeszcze bardziej, jeżeli dodamy, że pokój ten służy za jadalnię, kuchnię i sypialnię; dzieci po większej części sypiają tu na podłodze; ogrzewanie odbywa się zapomocą prymitywnego pieca lub komina, wilgoć bywa prawie wszędzie. Wskutek złej wentylacji, brudu i ciasnoty mieszkania te mają niemożliwy zaduch w nocy, zwłaszcza kiedy powracają wszyscy mieszkańcy. Podwórza są bardzo małe i utrzymywane brudno; robią często wrażenie dużego cuchnącego śmietnika. Miejsca ustępowe pod względem sanitarnym przedstawiają obraz bardzo smutny; są one urządzone w sposób pierwotny: na dołach. Doły te rzadko są murowane lub cementowane i zupełnie nie zabezpieczają od wsiąkania w ziemię nieczystości ustępowych; w ten sposób woda zaskórna i studzienna zanieczyszcza się, co ogromnie sprzyja rozpowszechnieniu się chorób zaraźliwych, szczególnie zaś tyfusu. Siedzenia w tych ustępach są nie-

---

[1]) Zdrowie. 1899. Zeszyt I.

wygodne i zawsze brudne; to też dzieci, jak również starsi, bardzo często załatwiają swoje potrzeby po za wychodkiem, pod ścianami domów lub na śmietniku; dezynfekcja wychodków prawie nigdy się nie odbywa. Co się tyczy studzien, to one pod względem wymagań hygienicznych pozostawiają wiele do życzenia. Prawie wszystkie są drewniane i nieszczelnie ocembrowane; woda w nich przeważnie zaskórna, grunt obok studni nie wszędzie obrukowany, bardzo zaś często bywa niższy od otaczającej go powierzchni podwórka; mnie, jak również innym kolegom, dobrze są znane domy na Bałutach i St. Mieście, gdzie tyfus prawie zawsze grasuje i od czasu do czasu przybiera groźne rozmiary.

Towarzystwa lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie Kaliskie.

Posiedzenie z d. 19 Kwietnia 1900 r.

I. *Przewodniczący* odczytał odezwy: 1) Komitetu gospodarczego IX zjazdu lekarzy i przyrodników w Krakowie. 2) Komitetu „po uczreżdzienju pryjuta dla sirot wraczej w pamiat' K. I. Szilinga". Pierwszy prosi o wzięcie udziału w zjeździe, drugi — o nadsyłanie składek na ręce Inspektora urzędu lekarskiego. Z powodu małej liczby członków postanowiono obydwie odezwy przeczytać na przyszłem posiedzeniu.

II. Kol. *Merkel* odczytał statystyczne dane o chorobach zakaźnych: ospy 16 przypadków (2 śmiertelne), influenzy—60, kokluszu 9, dyfterytu 2.

III. Kol. *Zucker* przedstawia *nożyce Siebolda* i potwierdza wypowiedziane na przeszłem posiedzeniu zdanie, że nożyce te są o wiele praktyczniejsze przy perforacyi od innych.

IV. Kol. *Rüdiger* opowiedział o przypadku *ostrego zapalenia wsierdzia*. Chora przebyła poronienie bardzo szczęśliwie; stan po poronieniu bezgorączkowy; 23-go dnia nagle wystąpiły dreszcze, ciepłota 40°, tętno 140, oddech przyśpieszony, język suchy, wymioty, — objawów przedmiotowych żadnych. 24-go dnia St. idem; 25-go: krwawienie; 26-go wyraźny szmer przy I-ym tonie, po 3 dniach gorączka spadła. Kol. Rüdiger stosował naparstnicę i sądzi, że w podobnych przypadkach środek ten oddaje nieocenione usługi.

Posiedzenie z d. 17 Maja 1900 r.

I. Za Sekretarza kol. *Beatus* przeczytał podanie kol. Kasprzaka o przyjęcie w poczet członków Towarzystwa. Kol. Kasprzak jednogłośnie przez balotowanie został przyjęty.

II. Kol. *Beatus* przeczytał odezwę urzędu lekarskiego o urządzenie przytułku dla sierot imienia Szyllinga; niektórzy koledzy składali ofiary.

III. Nadesłano do biblioteki Towarzystwa: 1) „Wlijanje malarji na kołonizacju Kawkaza". 2) „Trudy Jelisawetgradskowo obszczestwa ochranienja narodnawo zdrawja za 1898—1899 r. 3) „Trudy higjeniczeskawo Warszawskawo obszczestwa". 4) Sprawozdanie Towarzystwa hygienicznego Warszawskiego za 1899 r. 5) „Prokaza, zob i parszy na Kawkazie".

IV. Kol. *Merkel* odczytał statystykę chorób zakaźnych za m. ubiegły: 8 przyp. ospy, 2 dyfterytu, 1 krupu, 14 kokluszu, 4 odry, 11 influenzy, 2 tyfusu brzusznego.

V. Kol. *Drecki* wygłosił sprawozdanie *o postępach w praktyce szczepienia ospy ochronnej w powiecie kaliskim.*

VI. *P. Mrowiński* przedstawił *wodę tlenową*, którą przygotowuje z wody destylowanej, nasycając ją tlenem.

Posiedzenie z d. 18 Czerwca 1900 r.

I. *Przewodniczący* poświęcił kilka słów wspomnienia zmarłemu członkowi honorowemu Towarzystwa d-rowi *Stanisławskiemu*. Obecni uczcili pamięć zmarłego przez powstanie.

II. Kol. *Merkel* podaje dane statystyczne chorób zakaźnych za miesiąc ubiegły: ospy 7 przypadków, dyfterytu 3, kokluszu 4.

III. Kol. *Drozdowski* podnosi kwestyą statystyki. Zabierają głos kol. Merkel, Zucker, Drecki, Beatus, Rüdiger.

IV. Do bibljoteki nadesłano: „Sbornik protokołow obszczestwa kałużskich wraczej" (1899 god).

V. Kol. *Chodakowski* przedstawił przypadek *graviditatis tubo-uterinae* w VI-ym miesiącu ciąży, zakończonej szczęśliwie przez ręczne wydobycie martwego płodu i łożyska.

VI. Kol. *Rüdiger* podnosi kwestję tamponowania pochwy gazą jodoformową przy poronieniach; jest zdania, że w wielu przypadkach taka tamponada wstrzymuje poronienie. Zabierali głos w dyskusyi: kol. Zucker, Drozdowski, Chodakowski.

VII. Postanowiono zwołać roczne posiedzenie na dzień 28-go Czerwca w celu odczytania sprawozdań z czynności Towarzystwa za rok ubiegły i dokonania wyborów zarządu Towarzystwa na rok następny.

Posiedzenie doroczne, d. 28 Czerwca 1900 r.

I. Obecni: Drecki, Wilczewski, Rüdiger, Merkel, Kasprzak, Wojciechowski, Zucker, Beatus, Chodakowski.

II. Po odczytaniu sprawozdań z czynności Towarzystwa za rok ubiegły przez Sekretarza, Bibljotekarza i Skarbnika przystąpiono do wyborów Zarządu i Komisji rewizyjnej na rok następny. Na prezesa wybrano d-ra Drozdowskiego, na wice-prezesa d-ra Dreckiego, na Sekretarza d-ra Chodakowskiego, na Bibliotekarza d-ra Wojciechowskiego i na Skarbnika d-ra Merkla. Do komisyi rewizyjnej: d-ra Beatusa i Kasprzaka.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 19 września r. 1900.

1) Kol. *Przedborski* przedstawił chorą *z włókniakami na dolnych płatach obydwu muszli usznych.* Etyologia—noszenie kolczyków.

W dyskusji wzięli udział koledzy *Sikorski* i *Birencweig.*

2) Kol. *Rosenblatt* przedstawił 10-miesięczne dziecko *z wrodzonym brakiem otworów nosowych;* R. przed 7 tygodniami zrobił 1 otwór.

W dyskusji wzięli udział koledzy *Przedborski, Rontaler* i *Bettè.*

3) Kol. *Pański* przedstawił 80-letnią staruszkę, dotkniętą *porażeniem opuszkowem,* trwającem od kilku miesięcy, rozwijającem się powoli. Mowa nosowa, monotonna, dysartryczna. Poruszanie języka wymaga pewnego wysiłku, aczkolwiek ruchy zachowane; język zbacza nieco na prawo, zaniku widocznego nie przedstawia; drżenie włókienkowe przy ruchach. Łykanie bardzo utrudnione; płyny dostają się do krtani, czasem wracają nosem; stałe pokarmy bywają przeważnie zwrócone przy kaszlu. Głos słaby i bez modulacji, całowanie ciche; chora nie może gwizdać, ani śpiewać, chociaż dawniej umiała. Ślina z ust często wypływa. Brak odruchu podniebienio-gardzielowego. Niema odczynu zwyrodnienia w mięśniach języka i twarzy. Inne nerwy mózgowe nie przedstawiają zboczenia. Brak zaniku mięśni kończyn. Odruchy kolanowe niewzmożone. Podniebienie, języczek i łuki podniebienne nie uszkodzone. Władze umysłowe w porządku.

Zaburzenia mowy, łykania i t. d. bez widocznego zaniku mięśni, niezbędnych do ich wykonania, nie upoważnia do rozpoznania cierpienia czynnościowego (paralysis bulbaris sine substrato anatomico), lecz przemawia za cierpieniem, zależnem od zajęcia ruchomych ośrodków opuszki (VIII, IX, X, XI i XII par), przy którem zaburzenia czynnościowe zazwyczaj zjawiają się o wiele wcześniej, niż widoczny zanik mięśni. Objawy i przebieg również przemawiają na korzyść naszego rozpoznania. Brak objawów wzmożonego ucisku mózgowego i brak zaburzeń w sferze nerwów czuciowych pozwala na prawdopodobne wykluczenie nowotworu opuszki. (Autoreferat).

4) Kol. *Goldman* przedstawił mężczyznę, któremu zeszył *wilczą paszczę.*

W dyskusji przemówił kol. *Rundo.*

5) Kol. *Grosglik. Spostrzeżenia nad działaniem protargolu w rzeżączce przedniej cewki.* Spostrzeżeń podano 22; z tych—13 ostrych przypadków, 9 podostrych. Protargol stosowano od $^1/_4$% do $1^1/_2$%, przeważnie zaś do 1%; kuracja protargolowa trwała: w przypadkach ostrych najmniej 24, najdłużej 55, przeciętnie 36 dni; w przypadkach podostrych najmniej 20, najdłużej 40, przeciętnie 29 dni.

Wnioski: 1) Protargol jest środkiem w słabych rozczynach łagodnym, co pozwala stosować go w samym początku trypra, w przeciwieństwie do terapii wyczekującej, niekoniecznie uzasadnionej. 2) Dodatni wpływ słabych rozczynów protargolu zdaje się zależeć nie tylko od ich własności antyseptycznych, lecz w znacznym stopniu również od własności ściągających; mocne rozczyny stanowczo drażnią: więc w obu

wypadkach protargol zbliża się poniekąd do lapisu. 3) Na gonokokki działa protargol zabójczo a powoli, w każdym razie nie szybciej od innych środków. 4) Od powikłań nie chroni, zdaje się natomiast, że naraża na nie w stopniu mniejszym, niż inne środki. 5) Pomimo wpływu zabójczego na gonokokki, nie leczy doszczętnie samej sprawy zapalnej w cewce, która wymaga leczenia następczego, uzupełniającego—środkami ściągającemi. 6) Czasu trwania kuracji, a więc i przebiegu choroby nie skraca. 7) Do wybitnych, a tem bardziej do swoistych leków nie należy. (Autoreferat).

Dyskusja. Kol. *Koliński* stosuje w okulistyce daleko silniejszy rozczyn (wyżej 20%) i przekłada rzadsze używanie silniejszego nad częstsze słabszego rozczynu, chociaż worek łzowy przemywa 10%. Protargol bardzo silnie przesiąka.

Kol. *Bette* przy przestrzykiwaniu cewki 5% widział silne bóle.

Kol. *Stankiewicz Cz.* przy rzeżączce u kobiet stosował protargol (5%), w postaci świeczek do cewki lub tamponów do pochwy, bez wybitnego skutku; w ostrych przypadkach zaleca leczenie wyczekujące.

Kol. *Sonnenberg* stosował protargol w cierpieniach przedniej cewki; w wielu przypadkach otrzymywał wyniki dodatnie, w innych ujemne. Skuteczność lub nieskuteczność zależy od wielu przyczyn: 1) od sposobu przyrządzenia preparatu drogą ogrzewania lub na zimno (2 sposób lepszy), 2) od nieumiejętnego wykonywania przez pacjentów, którzy za szybko przechodzą od rozczynów słabszych do silniejszych i 3) od właściwości anatomicznych (protargol dobrze działa tylko przy rzeżączce przedniej cewki). Kol. *Rząd* twierdzi, że bardzo ważnych danych rozpoznawczych dostarcza badanie bakterjologiczne i że do hodowli gonokokków bardzo dobre podłoże stanowi agar.

Kol. *Stankiewicz Cz.* kładzie nacisk, iż ujemny wynik badania bakterjologicznego nie może być bez zastrzeżeń poczytany za dowód uleczenia. Mówcy znane są przypadki z praktyki ginekologicznej, gdzie zarażenie się rzeżączką następowało po stosunku z osobnikami, uznanemi przez fachowych andrologów za zdrowych na mocy braku dwoinek Neisserowskich, mimo iż w moczu były nitki. Zdaniem S., obok badania na drobnoustroje swoiste, zwracać należy wielką uwagę na objawy kliniczne; dopóki te istnieją, w najlepszym razie można mówić tylko o uleczeniu względnem.

Prócz powyższych, udział w dyskusji wzięli kol. *Likiernik*, *Birencweig*, *Silberstein*, *Kaufman*, *Jonscher*.

6) Kol. *Rontaler* pokazał 1) *rurę szklaną, mającą długości 12½ ctm. a w obwodzie 1⁴/₅,* wydobytą szczypcami gardłowemi Jurasza z przełyku. Chory G. w celu rozszerzania zwężenia rakowatego przełyku, sam wprowadzał sobie rurę szklaną długości 31 ctm., która przy tej czynności uległa złamaniu. 2) *Przyrząd do wyciągania monet z przełyku Kirmissona*, zmodyfikowany przez Baurowicza.

7) Kol. *Saks* przedstawia *włókniak wielkości dużej pięści, usunięty podczas porodu* u 34-letniej kobiety, rodzącej po raz IX. Włókniak ów szeroką podstawą wychodzący z tylnej ściany przewodu szyjowego i dolnej części trzonu macicy, wypełniał pochwę, przeszkadzając prawidłowemu ustawieniu się główki płodu. Istnienie guza, co prawda znacznie mniejszych rozmiarów, S. stwierdził już przed dwoma laty, podczas porodu, jednak akt ten przebiegł dobrowolnie. Przy omawianych złogach wody odeszły rano; w nocy o 12 wezwany S. znalazł położenie czaszkowe, główkę w wejściu do miednicy; przednia warga maciczna zupełnie wygładzona, tylna zgrubiała, bezpośrednio przechodzi w guz. Chorą przewieziono do szpitala, gdzie S., przy pomocy kol. Wortmana, usunął znakomitą część guza, obecnie demonstrowaną, po założeniu szeregu nawiązek za

pomocą Dechampa; b. nieznaczną część guza, uciskaną przez główkę, pozostawiono chwilowo, jako nie mogącą przeszkadzać porodowi, a trudną do usunięcia ze względu na wysokie jej umiejscowienie. Ponieważ poród przez dalszych 24 godzin b. nieznacznie się posuwał, S. założył kleszcze na wysoko umiejscowioną główkę i wydobył płód płci żeńskiej lekko omdlały, szybko przywrócony do życia. Łożysko nie odchodzi przez $1^{1}/_{2}$ godziny, krwawienie dość znaczne, próby wyciśnięcia się nie udają, przystąpiono przeto do wydobycia ręcznego łożyska, które było na nieznacznej przestrzeni oddzielone, w większej zaś części silnie przyrośnięte. Położnica przez pierwsze 3 dni lekko gorączkowała (ciepłota nie przekraczała nigdy 38,2°); czwartego dnia, z chwilą usunięcia pozostawionej drobnej części guza, ciepłota natychmiast spadła do normy. Po 14 dniach położnicę wypisano zdrową wraz z dzieckiem.

Przypadek opisany jest interesujący i z tego względu, że pacjentka zachodziła w przeciągu krótkiego czasu 2 razy w ciążę przy obecności dużego podśluzowego włókniaka, a jednak nie roniła, co jest zjawiskiem prawie zwykłem w tych razach. (Autoreferat).

Posiedzenie z d. 3 Października 1900 r.

Kol. *Krusche* przedstawił chorego, u którego część dolnej powieki, wyciętą z powodu nowotworu, zastąpił płatem skórnym, wziętym z uda, i w któtkich słowach scharakteryzował zastosowaną u swego chorego metodę Krausego i metodę Hirschberga przeszczepiania płatów skórnych bez szypuł. W ostatniej przeszczepia się płaty, zawierające wszystkie warstwy skóry, włączając i tkankę tłuszczową, w pierwszej z jej wyłączeniem. (Autoreferat)

Kol. *Koliński* mówił: „*W sprawie leczenia owrzodzeń rogówki*". Będzie drukowane w Cz. L.

Kol. *Krusche* pokazał nowy sposób zszywania ran skóry, przedstawiony na tegorocznym kongresie międzynarodowym przez paryskiego lekarza Michel'a. Sposób ten zasadza się na łączeniu brzegów ran za pomocą wązkich płytek niklowych, zaopatrzonych na dolnej powierzchni w dwa ostre sztyfciki. Za pomocą specjalnej pincety (demonstracja), lub też aparatu, tak zwanego rewolwerowym, który automatycznie nastawia płytki jedną po drugiej, zgina się płytki, wciska tym sposobem sztyfciki w powierzchowne warstwy skóry i łączy brzegi ran. Jako główne zalety swego sposobu podaje Michel szybkość szycia (zeszycie rany po laparotomji trwa od jednej do dwóch minut), niebolesność, pewność wyjałowienia i taniość (każdą płytkę można używać do 15 razy). Ważniejszą od podanych zalet zdaje się być ta, że przy sposobie Michel'a niemożliwem jest przenikanie zarazków z głębszych warstw naskórka (których jak wiadomo wyjałowić nie możemy) do wewnętrznych części rany przez kanały, powstające przy szyciu.

(Autoreferat)

KORESPONDENCJE.

Wrażenia z Krynicy

Napisał Dr. med. **Stefan Rontaler.**

(*Dokończenie*).

Na parterze brak kranów do wody zwyczajnej dla obmywania wanien. Urządzenie kranów jednorazowo kosztowałoby 1185 złr. (po 15 złr. od kranu i wanny). Dzienna strata skutkiem mycia wanien wodą mineralną stanowi 100 kąpieli; licząc kąpiel przeciętnie po 75 cnt., zarząd traci dziennie 75 złr.

Łazienki borowinowe istnieją od r. 1881. Tu także istnieje podział na 3 klasy. Kabin I klasy jest 6, drugiej 17, trzeciej zaś 4. Razem więc 27. W ogóle urządzenie kabin borowinowych jest bardzo pierwotne. Kabiny odróżniają się jedynie rodzajem wanny. W I kl. są wanny miedziane, w II i III — cynkowe, względnie lepsze i gorsze. Kabiny borowinowe w innych zdrojowiskach są tak urządzone: po rozebraniu się kuracjusz schodzi po schodach na dół, gdzie stoją dwie wanny: jedna z borowiną, druga z czystą wodą, do obmycia. Tu zaś w Krynicy, w łazienkach borowinowych wszystko stoi obok siebie: i wanny i kanapa. Więc kabiny są zanieczyszczone, brudne. Kąpiel borowinowa ma 26—32° R. i wyżej. Najczęściej używaną jest T° 29°. Borowina jest złym przewodnikiem ciepła: ciepłota 29° w kąpieli borowinowej odpowiada mniej więcej 28° w kąpieli zwyczajnej. W kąpieli borowinowej siedzi się od 15—45 minut. Po wyjściu z kąpieli służba oblewa kąpiącego się ciepłą wodą celem usunięcia przylegającej do ciała borowiny, poczem kąpiący się wchodzi do drugiej wanny dla gruntowniejszego obmycia ciała. Po kąpieli borowinowej kuracjusze muszą leżeć w łóżku mniej więcej $1^1/_2$ godziny.

W II sezonie wydaje się codziennie 286 kąpieli borowinowych (przeciętnie, w ciągu 11 godzin).

Borowina stosuje się nietylko w formie kąpieli, ale także jako okłady lokalne. — Borowinę wykopują za Krynicą pod Tyliczem, gdzie leży ona przez cały rok; zwożą ją w zimie do zakładu, gdzie w oddzielnym gmachu przygotowuje się ją do kąpieli. W Elster i Francensbadzie dodają do borowiny wodę mineralną, w Krynicy zaś zwyczajną. Dodawanie do borowiny wody zwyczajnej nie stanowi bynajmniej różnicy, bo zadaniem wody jest, mojem zdaniem, tylko rozcieńczanie borowiny.

W Krynicy urządzono w r. 1884 rządowy zakład hydropatyczny, pasiadający dwa oddziały: dla kobiet i dla mężczyzn; każdy składa się z obszernej sali, w której urządzono basen, tusze wszelkiego rodzaju, przyrządy do oblewań; prócz tak zw. sali głównej, znajduje się kilka pokoików z wannami. W tym samym gmachu uskutecznia się masaż, elektryzacja i t. d. Za rządowym zakładem hydropatycznym znajduje

się prywatny basen z zimną wodą, którą odnawia się codziennie o 4 rano. Nad basenem znajduje się ganek, na którym kuracjusze używają słonecznych kąpieli „à la Lahmann". Tuż obok znajduje się kąpiel spadowa i do brodzenia w bieżącej wodzie (à la Kneipp)!

W blizkości zakładu hydropatycznego znajduje się rządowy zakład gimnastyczny dla dzieci.

Wskazanie do użycia wody krynickiej stanowią:

1) Blednica, białaczka (Leukaemia), niedokrewność[1]).

2) Niedokrewność u dzieci, dotkniętych krzywicą lub zołzami.

3) Choroby przewodu pokarmowego, a przedewszystkiem żołądka tak w połączeniu ze wzmożonem wydzielaniem kwasu solnego, (zdrój główny, ogrzany do 30 kilku stopni C°), jakoteż z owrzodzeniem błony śluzowej tegoż. [2])

4) Nieżyty jelit, którym towarzyszy uporczywa biegunka.

5) Przewlekłe nieżyty pęcherza i miedniczek nerkowych, kamienie pęcherzowe. Za przeciwwskazaną uważałbym kurację wodą krynicką przy obstipatio habitualis.

W r. 1851 bawiło w Krynicy 96 osób, w r. 1852—105, w roku 1853—218. [3]) Od r. 1851 do 1895 włącznie przebywało w Krynicy 96,144 kuracjuszów, od r. 1891—1895 włącznie 23,068. [4]) W r. 1895 — 5,099, w r. 1896 — 4577, w r. 1897 — 4945, w r. 1898 — 4732, w r. 1899 — 5026, a w r. 1900 do 9 sierpnia 4859 osób.

Spostrzeżenia meteorologiczne wykazują następujące dane, dotyczące Krynicy: Średnia wysokość barometryczna — 710,6 mm., średnia wilgotność powietrza 72,6 %, średni opad roczny 866,9 mm., średnie zachmurzenie nieba 6,6. Ciepłota: średnia ciepłota w czerwcu 14,8°, średnia ciepłota w lipcu 16,2, średnia ciepłota w sierpniu 14,9.

Widzimy więc, że w Krynicy posiadamy wyborną stację klimatyczną dla pacjentów, potrzebujących powietrza i odpoczynku.

Zarząd Krynicy w ostatnich latach, przyznać trzeba, dużo zdziałał, dzięki p. protomedykowi Dr. Merunowiczowi, a zwłaszcza komisarzowi p. Mravincsicsowi, który spełnia swe obowiązki, jako zarządzający zakładem, con amore. Lecz cóż jednostka, nawet oficyalna, zdziałać może dla przezwyciężeuia znanych austrjackich formalności biurokratycznych, dzięki którym system obcinania wszelkich pozycyj rachunkowych jest pierwszą zasadą. Osoba prywatna z odpowiednim kapitałem mogłaby prędzej przeprowadzić potrzebne ulepszenia. Krynica, jako zdrojowisko rządowe, musi dłużej czekać na wprowadzenie ulepszeń w urządzeniach kąpielowych, o których już wyżej wspominałem. A więc, przedewszystkiem należy poszukiwać nowych żył źródlanych, urządzić nowy gmach z łazienkami I klasy dla kąpieli mineralnych, a zwłaszcza dla borowinowych na wzór istniejących

---

[1]) Zieleniewski: 1) 5 obrazów z dorocznego stanu zdrojowiska w Krynicy 1865 r. 2) Rys balneologji powszechnej 1863 r. 3) Rys balneoterapji 1885 r.
[2]) Piątkowski: O działaniu soli wapiennych w ogóle, a w szczególności wody Krynickiej w niektórych przewlekłych chorobach żołądka. 1897 r., str. 13 i 51.
[3]) Babel l. c., str. 13. [4]) Babel l. c., str. 142.

w Karlsbadzie, Marienbadzie, Francensbadzie, Elster, Pyrmont i t. p., przeznaczonych dla zamożniejszej publiczności.

Dalej należy zastąpić oświetlenie naftowe—elektrycznem, jakie znajdujemy już w drobnych nawet zdrojowiskach niemieckich (8 latarń acetylenowych na deptaku, to za mało na Krynicę; tego niebezpiecznego oświetlenia w domach zaprowadzić nie można).

Gwałtownej reorganizacji wymagają ustępy, nawet najlepszych willi.

Kuchnia pozostawia wiele do życzenia; nawet w Domu zdrojowym jedzenie jest nieszczególne.

Te większe i mniejsze braki muszą być usunięte. Wtedy Krynica stanie się pierwszorzędną miejscowością kuracyjną; wobec zaś ślicznego położenia trudna z nią będzie konkurencja innych podobnych miejscowości.

Powodując się „non ira, sed studio", wyłuszczyłem braki urządzeń krynickich, nie w imię zasady: „swoje ganić, a cudze chwalić", ale w chęci zwrócenia uwagi, do czego z czasem Krynica dojść powinna.

W dniu 28. lipca r. b., w czasie pobytu w Krynicy członków wycieczki balneologicznej, nastąpiło uroczyste odsłonięcie pomnika Prof. Dietla, wskrzesiciela Krynicy i protektora wszystkich zdrojowisk galicyjskich. Zarząd kąpielowy bardzo gościnnie przyjmował członków wycieczki balneologicznej, do której i ja się w Krynicy przyłączyłem. Z Krynicy wyjechaliśmy końmi do Żegiestowa (3 godziny jazdy), pięknie wśród lasów 411 mtr. n. p. m. położonej miejscowości kuracyjnej, posiadającej takież środki lecznicze, jak Krynica. Jestto niewielkie zdrojowisko, prymitywnie urządzone. Ztąd wyruszyliśmy wózkami przez Poprad na Węgry przez Karniówkę, Lipnik, Lubownię (ze starożytnym zamkiem) do Czerwonego klasztoru, skąd łódkami Dunajcem (stanowiącym tutaj granicę między Galicją a Węgrami) przez przepiękne Pieniny do Szczawnicy. Po zwiedzeniu Szczawnicy (500 mtr. n. p. m.), której zdroje są własnością Krakowskiej Akademji Umiejętności, udaliśmy się również końmi (63 kilom.) na Czorsztyn i Nowy Targ do Zakopanego (837 mtr. n. p. m.). O urządzeniach Szczawnicy i Zakopanego napiszę w następnym liście.

Krynica, d. 15 sierpnia 1900 r.

UBEZPIECZENIE ROBOTNIKÓW

w Niemczech, od następstw choroby, wypadku i niedołęstwa.

I. Organizacja.

Ubezpieczenie robotników w Niemczech ma na celu ochronę ich od ujemnych skutków (zdrowotnych i ekonomicznych) choroby i niezdolności do pracy, drogą zapobiegania i odszkodowania.

Ubezpieczanie na wypadek choroby[1]) odbywa się (od r. 1884) przez istniejące (w r. 1897) 22.672 „kasy chorych“ różnych typów. Dwie trzecie wydatków pokrywają tu robotnicy, a jedną trzecią — przedsiębiorcy.

Ubezpieczenie od następstw wypadków nieszczęśliwych[2]) (od r. 1885) jednoczy przedsiębiorców, którzy dźwigają cały ciężar wydatków, w związki zawodowe, (w r. 1899-ym: 65 związków przemysłowych, 48 rolnych, prócz tego 416 zarządów dla przemysłu, ubezpieczanego przez państwo lub gminy); wówczas gdy ubezpieczanie na wypadek niedołęstwa[3]) (od r. 1891) opiera się na 31 instytucjach ubezpieczeniowych okręgowych i 9 koncesjonowanych kasach. Na rzecz *N* płacą robotnicy i przedsiębiorcy składki jednakowe, zależne od wysokości płacy roboczej; zdarza się wszakże często, że ten cały podatek opłaca przedsiębiorca. Państwo dopłaca do każdej renty niedołęstwa po 50 Marek rocznie.

Organizacji *Ch.* podlegają wszyscy zajęci w przemyśle (i górnictwie) i prawie wszyscy zajęci przy gospodarstwie rolnem (prócz urzędników biurowych), pobierający mniej niż 2,000 marek rocznej pensji. W r. 1897 było tu ubezpieczonych 8.9 milionów osób.

W razie choroby otrzymują ubezpieczeni, w ciągu 13 tygodni, bądź pomoc w szpitalu, bądź pomoc lekarską w domu i zapomogę, przy czem ta ostatnia musi wynosić co najmniej połowę dziennego zarobku — w razie niezdolności do pracy zarobkowej. Prócz tego, wypłacane są zapomogi pogrzebowe i zapomogi położnicom.

Organizacja *W.* obejmuje pracujących w przemyśle (włącznie z przedsiębiorstwami budowlanemi i żeglarstwem) i rolnictwie, (prócz urzędników biurowych), pobierających mniej niż 2000 M. rocznej pensji, i drobnych przemysłowców.

W r. 1897-ym było ubezpieczonych: 16,7 miljonów osób. W razie nieszczęśliwego wypadku *W* zabezpiecza bezpłatną pomoc lekarską i rentę aż do wysokości dwóch trzecich zarobku rocznego, ewent.: pogrzebowe i rentę rodzinie.

Organizacja *N.*, obejmuje robotników wszystkich zawodów (w r. 1898-ym: 12,7 miljonów ubezpieczonych). Wydaje renty niedołęstwa i starości, zarazem zaś przejmuje opiekę nad chorymi, u których obawiać się można zejścia w niedołęstwo, lub którzy już są pozbawieni zdolności do pracy od 13 tygodni. W następujących wypadkach, o ile nie zaczęto wcale wypłacać renty, zwraca połowę wkładek za ubezpieczonego wniesionych: w razie zgonu, w razie niezdolnośi do pracy z powodu wypadku odszkodowanego przez instytućję *W.* i w razie wyjścia za mąż ubezpieczonej kobiety.

Przykłady.

I. Ad *Ch.*

Robotnik zarabiający 24 M. na tydzień płaci 48 fenigów składki tygodniowej. Zapomoga w razie choroby jest mu wypłacana w ciągu 13 tygodni i wynosi 12 M. tygodniowo. Prócz tego lekarz i leki. Pogrzebowe — 80 M.

---

[1]) Oznaczać będziemy dalej znakiem *Ch.* [2]) Oznaczać będziemy dalej znakiem *W.* [3]) Oznaczać będziemy dalej znakiem *N.*

Robotnica zarabiająca 16 M. na tydzień płaci 32 fenigi tyg.; otrzymuje 8 M. zapomogi. W razie połogu — 32 M. Pogrzebowe — 50 M.

II. Ad *W.*

Mularz, zarabiający rocznie 1263 M., spadł z rusztowania i zgniótł sobie klatkę piersiową. W ciągu pierwszych 13 tygodni pobierał zapomogę od instytucji *Ch.* Po tem leżał 90 dni w szpitalu — na koszt *W.*, która też przez ten czas wypłaciła rodzinie (żona i 2 dzieci) 157,38 M. Po wyjściu ze szpitala okazał się niezdolnym do pracy, więc otrzymał rentę wysokości 842,60 M. rocznie. Jeśli umrze z powodu tego wypadku, natenczas (prócz pogrzebowego — 84 M.) wypłaca się rodzinie (żonie i 2 dzieciom niemającym jeszcze lat 15) rentę wysokości 632,40 M. rocznie. Wdowa korzysta z renty aż do śmierci, lub do powtórnego zamążpójścia, dzieci—do 15 roku życia. W razie powtórnego zamążpójścia otrzymuje wdowa jednorazowe skwitowanie wysokości potrójnej renty rocznej (w danym przydadku 758,34 M.

Rzemieślnik, który utracił z powodu wypadku przy pracy mały palec lewej ręki, a zarabiał 1,062 M. rocznie, otrzymuje z powodu zmniejszenia się jego zdolności zarobkowej o 10% — 70,80 M. renty rocznej.

Parobek wiejski, zarabiający 540 M. rocznie, uległ urazowi kolana przy pracy pracy zawodowej. Na koszt *W.* leczył się w szpitalu w ciągu 105 dni; w tym czasie jego rodzinie (żona i 2 dzieci) wypłacono rentę wysokości 77,25 M. Po wyjściu okaleczonego ze szpitala uznano, że jego zdolność zarobkowa zmniejszyła się o 90%; przyznano mu rentę roczną wysokości 324 M. Wkrótce potem zmarł z powodu powikłania rany kolana zakażeniem krwi. Wyplacono pogrzebowego 36 M., a rodzinie przysądzono rentę roczną wysokości 270 M.

III. Ad *N.*

Robotnik zarabiający 1200 M. płaci tygodniowo 18 fenigów (rocznie 9 M.,); przedsiębiorca płaci takąż sumę. W razie utraty zdolności do pracy renta niedołęstwa wynosi—zależnie od tego, czy był ubezpieczony 10, 30 czy 50 lat: 210, 330 lub 450 M.

Robotnica zarabiająca 320 M. rocznie płaci tygodniowo 7 fenigów. Ta otrzyma w stosunku wyżej podanym rentę niedołęstwa wysokości: 125, 155 lub 185 M.

Jeśli wspomniany sub I. robotnik, doszedłszy do 70 roku życia, jeszcze może pracować, wypłacaną mu bywa renta starości wysokości 230 M. (robotnicy wspomnianej—110). Jeśli ubezpieczony umiera zanim zaczął pobierać rentę, natenczas wdowie i dzieciom, nie mającym lat 15, wypłaca się wszystkie przez ubezpieczonego złożone składki. To samo dzieje się, jeśli ubezpieczona wychodzi za mąż.

W przypadku choroby, która za sobą może pociągnąć niedołęstwo, *N.* podejmuje leczenie, mające na celu niedopuszczenie do niedołęstwa.

II. Działalność dotychczasowa.

Dochody i wydatki.

1. Wnioski robotników:

Lata 1885—97: 1.303,1 milionów Marek, mianowicie:

Ch.	925,5	[w r. 1897: 102,9] miljonów
W.	—	—
N.	355,6	[w r. 1898: 59,0] „ „

2. Wnioski przedsiębiorców.

Lata 1885—97. 1.303,9 miljonów Marek, mianowicie:

Ch.	401,1	[w r. 1897: 45,5] miljonów M.
W.	547,2	[w r. 1898: 75,1] „ „
N.	355,6	[w r. 1898: 59,0] „ „

3. Wniosek że strony państwa (tylko dla *N.*)

Lata 1891—97: 98,4 [w r. 1898: 24,4] miljonów M.

4. Odsetki i inne wpływy.

Lata 1885—97: 197,8 miljonów Marek, mianowicie:

Ch.	61,9	[w r. 1898: 7,4]	miljonów M.
W.	66,6	[w r. 1898: 12,3]	„ „
N.	69,3	[w r. 1898: 21,2]	„ „

Ogólne dochody (1885—97) wszystkich trzech organizacji wynosiły 2.908,2 miljonów M. Majątek (w r. 1897) wynosił: 889,5 miljonów M.

Wydatki tych instytucji, w ciągu 1885—97 wynosiły 2.034,9 miliony M. mianowicie:

Ch.	1.285,3	[w r. 1897: 139,9]	miljonów M.
W.	456,0	[w r. 1898: 83,7]	„ „
N.	293,6	[w r. 1898: 76,9]	„ „

Z tych wydatków przypada na

		Odszkodowania:		Administrację:	
		Miljony M.	%	Miljony M.	%
	1885—97	1.829,7	89,9	205,2	10,1
mianowicie *Ch.*	1885—97	1.208,6	94,0	76,7	6,0
	1897	131,9	94,3	8,0	5,7
W.	1885—97	366,7	80.4	89,3	19,6
	1898	71,7	85.7	12,6	14,3
N.	1891—97	254,4	86.6	39,2	13,4
	1898	69,0	89,7	7,9	10,3

Oddzielne pozycje wydatków *Ch.* tak się przedstawiają:

		1885—97		1897	
		Miljony M.	%	Miljony M.	%
Wypłacono w ogóle		1.208,6	100,0	131,9	100,0
Koszta kuracyjne	Lekarz	243,4	20,1	28,3	21,5
	Leki	199,5	16,5	22,3	16,9
	Zapomogi ubezpieczonym	538,2	44,5	55,9	42,4
	Zapomogi rodzinom	9,0	0,8	1,0	0,8
	Położnicom	16,6	1,4	2,2	1,7
	Szpitalom	138,7	11,5	16,3	12,3
	Pogrzebowe	44,9	3,7	4,4	3,3
Inne wydatki (przewóz chorych i t. p.)		18,3	1,5	1,5	1,1
Administracja		76,7	6,0	8,0	5,7

Oddzielne pozycje wydatków *W.* tak się przedstawiają:

	1885—97 Miljony M.	%	1898 Miljony M.	%
Leczenie	11,6	3,2	1,7	2,4
Zapomogi czasowe	1,9	0,5	0,6	0,8
Szpitale	17,3	4,7	3,1	4,3
Rodzinom renta	4,8	1,3	0,7	1,0
Poszkodowanym renta	252,6	68,9	51,4	71,7
Pogrzebowe	3,2	0,9	0,4	0,5
Wdowom i sierotom renta	70,6	19,2	13,1	18,3
Kwitowanie wdów	3,3	0,9	0,5	0,7
Kwitowanie cudzoziemców	1,4	0,4	0,2	0,3

Oddzielne pozycje wydatków *N.* tak się przedstawiają:

	1891-97 Miljony M.	%	1898 Miljony M.	%
Leczenie	4,2	1,6	2,6	3,8
Renta niedołęstwa	79,8	31,4	34,4	49,9
Renta starości	164,8	64,8	27,5	39,8
Zwrot wkładów: Zamążpójście	4,2	1,6	3,5	5,1
Zwrot wkładów: Zgony	1,4	0,6	1,0	1,4

(*D. n.*)

REFERATY.

I Zjazd międzynarodowy, poświęcony sprawom zawodu lekarskiego i deontologji[1]) lekarskiej. Ten Zjazd należy uważać za próbę zjednoczenia lekarzy w sprawie obrony interesów stanu lekarskiego. Jakkolwiek wielu z obradujących zbyt jednostronnie zapatrywało się na cele kongresu, wpadając w ton czysto kupiecki, ta jednostronność nie zmniejsza znaczenia samej ideji, której ten Zjazd poświęcono.

W przemowie inauguracyjnej powiedział Lereboullet: „Minęły czasy, kiedy lekarz stał na wyżynach niedostępnych dla zwykłego śmiertelnika, cieszył się wpływem wyjątkowym. Obecnie zdarza się, że lekarza traktują z góry, szczególniej stowarzyszenia wzajemnej pomocy; ogół zapomina, że lekarz musi żyć, utrzymywać rodzinę, wychowywać dzieci. Jednocześnie szarlatani i wszelkiej broni partacze, których liczba wzrasta, stanowią konkurencję nieuczciwą, z którą walczyć należy wspólnemi siłami. Prasa codzienna swymi nieudolnymi referatami z posiedzeń towarzystw lekarskich i dzieł lekarskich bałamuci ogół. Taż sama prasa, przy lada okazji, lekkomyślnie potę-

[1]) z greckiego „to deon" obowiązek.

pia lekarza niewinnego, a winy pojedyńczych przedstawicieli naszego stanu uogólnia, bez wszelkich podstaw, na cały stan. Zjednoczenie lekarzy ma zwalczać wyliczone braki i starać się, by usunąć powody, które zepchnęły nasz stan ze stanowiska, jakie mu się należy.“

Nie wszystkie odczyty będą tu streszczone, tylko najważniejsze.

Jak to wspomniał Lereboullet, jedną ze spraw pilnych jest — walka ze stowarzyszeniami wzajemnej pomocy, złem, jak się okazało, międzynarodowem.

Dodatnim skutkiem rozwoju cywilizacji są stowarzyszenia wzajemnej pomocy (mutualités). Różne korporacje i zawody łączą się w celu ułatwienia walki o byt tym ze stowarzyszonych, którzy są chwilowo w stanie minoris resistentiae (z powodu braku pracy, choroby). Te stowarzyszenia godzą lekarzy, którzy mają leczyć członków stowarzyszenia, we dnie i w nocy, — za roczną opłatą, bardzo nizką. Członek stowarzyszenia nie ma prawa wybierać sebie lekarza lub leczyć się u nie—lekarza mutualité. Sprawa zaufania do danego lekarza nie gra wtedy żadnej roli. „Mutualiści“ strasznie wyzyskują lekarzy. W Belgji wypada nieraz za wizytę nocną opłata wysokości 15 santimów (12 groszy). W Anglji panują te same stosunki: tam kilka stowarzyszeń, połączywszy się, najmuje dom, w którym osadza „białego murzyna“, ten musi dawać do 60 porad na godzinę i przybyć na każde zawołanie; nie ma prawa zajmowania się praktyką i daje zobowiązanie, że po wystąpieniu ze stowarzyszenia musi opuścić daną miejscowość. W zamian za tę pracę piekielną otrzymuje po 17 i pół santimów za wizytę. Wielka liczba lekarzy sprawia, że wszystkie podobne posady są zajęte. O ilości tych stowarzyszeń dają pojęcie następujące cyfry. W Brukselli w r. 1895 było 756 takich stowarzyszeń, w r. 1899—2.938, a w. r. 1900-ym: 3000. Prócz tych mutualités, istnieje w Belgji 1297 korporacji, wynajmujących rocznie lekarzy. Ogółem w Belgji ma prawo do takiej przez stowarzyszenia opłacanej (resp. wyzyskiwanej) pomocy 3 miljony osób, czyli połowa ludności tego kraju.

We Francji liczą obecnie 3 miljony mutualistów. Cel tych stowarzyszeń francuskich jest ze wszech miar szlachetny; niestety w stosunku do lekarza rządzi tu zasada wyzysku. Wielu mutualistów, którzy, wstępując do stowarzyszenia, byli ludźmi niebogatymi, z czasem zbogaciło się, lecz nie przestają oni korzystać z prawie bezpłatnej pomocy lekarskiej (jakkolwiek jałmużny w innej postaci nigdy by nie przyjęli). Odmawiają przyjęcia zapomóg wydawanych chorym — ponieważ takie zapomogi są notowane w księgach rachunkowych. Ale wizyt lekarskich nikt nie zapisuje, więc tu niema wstydu; pracy lekarza nie wstyd bezczelnie wyzyskiwać.

Wnioski w tej sprawie powzięte brzmią: 1) Każde stowarzyszenie, składające się li z prawdziwych pracowników (travailleurs), może płacić lekarzowi podług taksy, która w innych warunkach jest uważana za poniżającą godność lekarskiego zawodu. 2) Stowarzyszenia te mogą przyjmować i pozostawiać w swem gronie tylko ludzi niezamożnych. 3) Taksę określają stowarzyszenia w porozumieniu z asocjacjami lekarskiemi. 4) Każdy chory ma prawo wyboru lekarza. 5) W zarządzie każdego stowarzyszenia musi być lekarz.

Lekarze postępujący wbrew tym uchwałom będą uważani za odstępców.

We Francji lekarze zmuszeni są również do walki z towarzystwami ubezpieczania robotników od skutków wypadków przy pracy. Towarzystwa tego rodzaju eksploatują niemiłosiernie lekarzy, którzy za roczną opłatę obowiązani są leczyć poszkodowanych.

Niemniejszą krzywdę lekarzom przynosi humanitarne prawo, nakazujące gminom leczenie chorych ubogich. Pod płaszczykiem „świadectwa ubóstwa", wyrobionego przez stosunki, korzysta z bezpłatnej (resp.niezmiernie tanio przez gminy opłacanej) pomocy lekarskiej część ludności średnio zamożnej.

Innem złem jest konkurencja różnych szarlatanów, masażystów, aptekarzy, magnetyzerów, byłych służących szpitalnych i t. p. partaczy.

W celu ułatwienia walki o swe prawa wielu mówców poleca lekarzom tworzenie „izb lekarskich" (Chambres médicales).

We Francji istnieje Association générale des médecins de France, łącząca 94 towarzystwa lekarskie Francji. To zjednoczenie wydaje rocznie 60.000 do 70.000 franków na: zapomogi w razie choroby (10 fr. dziennie); na zapomogi w wypadkach niezdolności do pracy (800 fr. rocznie).

W r. 1880 utworzył się pierwszy syndykat lekarski; obecnie 120 syndykatów tworzy l' Union des Syndicats. Niezależnie od tego istnieje „Le Concours médical" mający za zadanie: obronę praw lekarskich, tworzenie kas, pomoc lekarzom, którzy stają się ofiarami obowiązków zawodowych.

Ale tych towarzystw jest za mało, ponieważ „lekarz, dzięki właściwej sobie szerokości poglądów, niedbałości o sprawy materjalne" zazwyczaj nie pamięta o czarnej godzinie i przy pierwszem nieszczęściu losowem — zastaje bez chleba, jeżeli umiera — często jako ofiara zawodu — ten sam los czeka jego rodzinę.

Za odpowiednie uznano urządzenie stowarzyszenia lekarskiego z kilku oddzielnemi kasami: 1)na wypadek choroby; 2)na zabezpieczenie starości; 3) na wypadek śmierci (pomoc dla wdów i sierot). Dalej za właściwe uznano stworzenie, na wzór adwokatów, Ordre des médecins. Ma to być instancja, dbająca o interesy moralne lekarzy. „Fronda" ducha lekarskiego, ich zamiłowanie do wolności, niechęć do poddawania się kontroli i opiece „mandarynów" korporacyi — przeszkadza tworzeniu takich „Ordres". To dobre jednak urządzenie istnieje już w Austrji—z korzyścią dla stanu lekarkiego.

D. n.

O. Nägeli. **Częstość, umiejscowienie i wyleczenie gruźlicy podług 500 sekcji instytutu patologicznego w Zurychu (prof. Ribberta).** Z tej niezmiernie doniosłej pracy przytaczamy dane, mające wartość statystyczno-hygjeniczną.

Zwykłe sekcje anatomo-patologów różnią zię znacznie od wyników, jakie otrzymujemy, zwracając szczególną uwagę — przy sekowaniu—na gruźlicę. Na 164 sekcji, dokonanych w r. 1896-ym w instytucie patologicznym w Zurychu, — gruźlicę ujawniono w 40%; tymczasem na 500 autopsji, wykonanych przez autora, który się specjalnie

interesował gruźlicą, tę ostatnią znaleziono w 81,2% wszystkich przypadków; niewątpliwie, drobne ogniska w płucach lub gruczołach oskrzelowych są przeoczane przy sekcyach zwykłych. Nägeli — w przypadkach, kiedy zmiany gruźlicze nie rzucały się wprost w oczy—robił skrawki z wierzchołków płuc i z gruczołów oskrzelowych, szyjowych, krezkowych, pachowych i innych. Nawarstwienia na opłucnej, jak inne tkanki wyliczone, były dokładnie badane pod mikroskopem i bakterjologicznie. W razie ujemnego wyniku tych badań—toż samo czyniono z tkankami kiszek, wątroby, śledziony, nerek, kości i t. d. Oto dane otrzymane przy tak wykonanych 500 sekcjach:

	Ogólna liczba sekcji.	Niegruźliczych.	Gruźliczych	% Gruźliczych.	Przypadków gruźlicy śmiertelnej.	% gruźlicy śmiertelnej.	Przypadków gruźlicy nieśmiertelnej.	% gruźlicy nieśmiertelnej.
Dzieci, do lat 18	88	73	15	17%	14	94%	1	6%
Dorosłych	420	29	391	93%	110	28%	281	72%

Dzieci sekcjonowano 88. Z 15 gruźliczych—sprawę tę za życia rozpoznano tylko u 5, chociaż w 14 z tych przypadków (94%) przyczyną śmierci była właśnie złośliwa gruźlica.

Co się tyczy dorosłych, to zwraca uwagę mała ilość trupów wolnych od gruźlicy. Największa śmiertelność od gruźlicy u dorosłych wypada na 18—30 rok życia. W tym samym wieku najczęściej istnieje gruźlica utajona t. j. rozpoznana przy sekcji osób zmarłych od innych chorób. Gruźlica utajona zdarza się w wieku lat 18—30 w 62% przypadków gruźlicy, znalezionej u osobników danego wieku. W wieku lat 30—40 dała 42%; w wieku lat 40—50 dała 29%; w wieku lat 50—60 dała 25%; w wieku lat 60—70 dała 27%.

W pierwszych pięciu latach życia gruźlica zdarza się rzadko; prawie zawsze jest wtedy śmiertelna. Od roku 5 do 14 trzecia część dzieci cierpi na gruźlicę. Połowa dzieci wieku od lat 14 do 18 jest dotknięta gruźlicą, przyczem wtedy rzadko widujemy wyzdrowienie, ludzie w wieku lat 18 do 30 prawie pogłownie mają ogniska gruźlicze, przyczem $\frac{1}{4}$ tych ostatnich zdradza wyraźne oznaki zabliźniania się; w tym wieku 40% zgonów zależy od gruźlicy. Począwszy od roku 30-go częstość gruźlicy na sekcjach pozostaje prawie jednakowa, natomiast maleje ilość zgonów z powodu gruźlicy, a wzrasta ilość przypadków mających skłonność do zagojenia.

Te dane przekonywują, że: 1) ogniska gruźlicze tkwią prawie w każdym dorosłym organizmie; 2) organizm ludzki posiada znakomitą zdolność zwalczania gruźlicy (ponieważ tylko $\frac{1}{6}$ ludzi umiera z tego powodu).

(Virchow' Archiw Tom 140, Zeszyt 1.)

C. Bäumler. **Wodolecznictwo w tyfusie.** Początkowo chciano tą metodą zwalczać gorączkę; gdy praktyka wykazała, że nie jest ani tak potrzebną rzeczą zwalczanie gorączki, ani też tą metodą wiele w tym kierunku zdziałać nie można — zaniedbano leczenia tyfusu wodą. Dopiero zrozumienie wpływu dobroczynnego wody na ustrój gorączkujący, w tym sensie, że działa ona krzepiąco na układ naczyniowy i nerwowy, czyniąc organizm odporniejszym na nowe zakażenie, zmniejszając liczbę chorób następczych i powikłań — powróciło teoretycznie szacunek dla tej metody leczniczej.

Bäumler w ciągu 23 lat leczył wodą 1019 chorych na tyfus. Z tego zmarło 9,32%, a po odjęciu przypadków, które przybyły in extremis i przypadków wstąpienia rekonwalescentów do kliniki: 7,9%. Na tę cyfrę złożyło się 18 przypadków przedziurawienia kiszek, 7 krwotoków kiszkowych, 19 razy Bronchopneumonia, 6—Pneumonia croup., 16--Sepiss, 9 przypadków osłabienia serca. Bronchopneumonję uzależnia B. nie od przerzutowego umiejscowienia się sprawy tyfusowej, lecz od aspiracji zarazków chorobowych; przy otwartych ustach wysycha błona śluzowa jamy ustnej i języka (dopóki chory oddycha przez nos — język zostaje wilgotny), pęka staje się dostępną wszelkiego rodzaju drobnoustrojom (powikłania zap. gardzieli, błonicą) i pozwala zarodkom z powietrza wnikać do głębi dróg oddechowych. Należy przeciwdziałać pozostawaniu chorych z otwartymi ustami. B. leczy tyfusowych w ten sposób: stosuje kąpiele 28—24° R, a później —20° R. Chory pozostaje w kąpieli aż do chwili, kiedy zaczyna wyraźnie ziębnąć, t. j. koło 10 minut; po kąpieli ciepło okryć, dać do picia ciepłe napoje, wino. Kąpiel stosuje przedewszystkiem wtedy, kiedy ciepłota ciała przewyższa 39,°5.

(Deut. Arch. für klin. Med. LXVI.)

KRONIKA.

— Najwyżej zatwierdzoną uchwałą Rady Państwa zatwierdzono „Łódzką Radę miejską Dobroczynności publicznej". W skład tej rady wejdą p. prezydent (przewodniczący), p. policmajster, jeden z radnych miasta, jeden z lekarzy miejskich, kuratorowie szpitali i innych instytucyi dobroczynnych, wreszcie—osoby znane ze swej dobroczynności lub specjalnych wiadomości w zakresie szpitalnictwa—w liczbie czterech.

Radzie miejskiej dobrocz. publicznej podlegają wszystkie instytucje dobroczynne w m. Łodzi, za wyjątkiem: szpitala powiatowego św. Aleksandra, szpitali fabrycznych i szpitala towarzystwa Czerwonego Krzyża. (Praw. Wiestn.)

— Departament lekarski wydał nowe przepisy dotyczące *cen-*

zurowania ogłoszeń. Cenzurowanie ogłoszeń dotyczących: 1) lekarstw prostych i złożonych preparatów aptecznych; 2) kosmetyków; 3) uprawiania pewnej gałęzi medycyny przez jej przedstawicieli, t. j. lekarzy, dentystów, felczerów, osób zajmujących się szczepieniem ospy, masażem, oraz akuszerek; 4) specjalnych zajęć aptekarzy, jak również osób i firm, trudniących się wyrobem lub sprzedażą materjałów aptecznych; 5) handlu środkami lekarskiemi i preparatami; 6) miejscowości leczniczych, oraz wód mineralnych miejscowych i zagranicznych—podlega zarządowi państwowych instytucji i dzieli się między radę medyczną ministerjum spraw wewnętrznych i miejscowe urzędy lekarskie. Z liczby wymienionych, cenzurze rady medycznej podlegają ogłoszenia: a) o substancjach leczniczych i preparatach aptecznych, których sprowadzanie z zagranicy lub wyrób w Państwie jest przez radę dozwolony; b) o praktyce lekarskiej osób niedyplomowanych w Cesarstwie, którym prawo na to udzielone zostało w drodze właściwej i c) o nowo-wynalezionych instrumentach, aparatach i środkach, używanych przy leczeniu chorych. Wszystkie pozostałe podlegają cenzurze urzędów lekarskich.

(Praw. Wiestn.)

— Ze sprawozdania „Łódzkich kolonji letnich (wyznania mojżeszowego) za czas od r. 1893 do r. 1899-go wyjmujemy następujące dane:

Wysłano w tym czasie ogółem dzieci 1996 (w r. 1893—52; w r. 1899—407); opiekowano się nimi w ciągu dni instytutowych: 68138 (w r. 1893—dni 1820; w 1899 — dni 13636).

Wydano w ogóle rubli 32460. Koszt utrzymania jednego dziecka podczas jednego sezonu wahał się w granicach rubli: 17,98—15,18.

Prócz kolonji wiejskich utrzymywano (od r. 1894) kolonje w Ciechocinku (ogółem dzieci 117); w tej ostatniej miejscowości wydawano na 1 dziecko rubli 31,73—18,86.

W r. 1897 istniała specjalna kolonja dla dzieci dotkniętych suchotami.

Powyższe cyfry świadczą o wspaniałym rozwoju instytucyi, która rozpoczęła od wysłania 52 dzieci i doszła już do 407.

Spodziewać się należy, że prócz tego sprawozdania finansowego wydane będzie sprawozdanie lekarskie. To stanowi wszędzie najlepszy środek agitacyjny na korzyść tych lecznic zapobiegawczych, mających pierwszorzędne znaczenie społeczne.

— W Austrji dopuszczono kobiety do nauk i stopni lekarskich. Z tego powodu wypowiada „Przegląd lekarski"—między innemi—następujące uwagi: „Obdarzona od przyrody sercem miłosiernem, współczującem, wniesie kobieta do zawodu lekarskiego nieoceniony skarb etyczny, tak nierozdzielny z wykonawstwem lekarskiem, który jednak, wśród walki o byt, począł w czasach nowożytnych mniej być ceniony przez stan lekarski. Dopuszczenie kobiet w Austrji do uniwersyteckich studjów lekarskich spotyka kobietę polską poczęści przygotowaną: jest ona od niepamiętnych czasów lekarką, tradycyjnie i z samiłowaniem oddającą się, zwłaszcza po wsiach, niesieniu pomocy chorym. Misjonarski jej nastrój, uspołecznienie, jak w żadnym innym narodzie, niezaprzeczona zdolność i szczery zapał — znajdą na nowej arenie

szeroki zakres działania. Wierząc sumiennie, że kobieta polska dla Minerwy nie wyrzeknie się Larów i Penatów, że w pościgu za złudnemi zwycięstwami nie uroni drogich skarbów swej duszy, witamy w niej nowy czynnik społeczny i ekonomiczny."

— *Lekarz objazdowy powiatu Ciechanowskiego.* Od 9 Lipca r. b. objął kolega Muszyński obowiązki lekarza objazdowego pow. Ciechanowskiego, na warunkach następujących: Raz na dwa tygodnie dojeżdża do każdego z 37 majątków, należących do stowarzyszenia. (Zabiera to 7 dni czasu). Dojeżdża własnymi końmi (płacąc za dzień jazdy dorożkarzowi rb. 2) W inne dni, a także w dni objazdów—po załatwieniu objazdu - każdy obywatel ma prawo przysłać po lekarza konie. Każdy obywatel stowarzyszony płaci stały podatek wysokości dwóch rubli od włóki rocznie, w I-em półroczu podatek ten wyniósł rb. 585. Służba, robotnicy (i ich rodziny) dworscy—mają pomoc lekarską bezpłatnie. Za poradę od włościan w dni, kiedy w danej wsi wypada lekarska wizyta, pobiera 40 groszy; u łóżka chorego—2 złote. Jeśli, po przyjeździe do wsi, lekarz zostaje zawezwany do chorego we dworze — otrzymuje za poradę rubla.

W każdej wsi urządził kol. M. apteczkę podręczną.

Miejsce stałego zamieszkania—Ciechanów.

— W Wilnie, przy ulicy Czystej, został otwarty prywatny zakład ginekologiczny na pomieszczenie 25 chorych. Zakład ten, jak się z listu jednego z założycieli—kol. Bujalskiego dowiadujemy, urządzono z możliwym komfortem, z zastosowaniem centralnego ogrzewania, wentylacyi, wodociągu i kanalizacyi. Cena pobytu od rb. 1,50 do rb. 3 dziennie; osobno porada lekarska i operacya. Potrzeba zakładu ginekologicznego na większą skalę dawno się dawała odczuwać, dla tego też kolegom naszym z nad Wilii przesyłamy w ich pracy najserdeczniejsze „Szczęść Boże!"

Krytyka i bibliografja.

Wacław Męczkowski. **„O szpitalach prowincjonalnych".** „Gazeta Lekarska" 1900.

Niezmiernie wysokiej wartości dane znajdujemy w tej pracy kolegi Męczkowskiego. Odsyłając do oryginału wszystkich, kogo obchodzi los racjonalnego lecznictwa u nas, przytoczę jedynie najgłówniejsze cyfry, które przedewszystkiem pouczają o tej za mało znanej prawdzie, że szpitalnictwo u nas (ilościowo) idzie wstecz, że nie rozwój, lecz pogorszenie widzimy, porównywając dane z lat 1867 i 1897.

Oto te — ze wszech stron wymowne i głębokiego zastanowienia godne — liczby.

	Warszawa		Królestwo bez Warszawy		Szpital w Tworkach		Szpitale letnie (Ciechoc. Busk, Solec)		**Ogółem**	
	1867	1897	1867	1897	1867	1897	1867	1897	1867	1897
Liczba szpitali	9	13	63	71	—	1	3	3	75	88[1])
Liczba łóżek szpitalnych .	2015	2161	1734	2250	—	500	62	120	3811	5031
Jedno łóżko przypada na mieszkańców . . .	128	296	3002	3919	—	—	1430	1880	1430	1880
Na 10,000 mieszkańców przypada łóżek	82,9	33,8	33,3	2,55	—	—	—	—	7,0	5,3[2])
Na 10,000 mieszk. korzysta z pomocy lekarsk. chorych	1010	460	44,3	39,4	—	—	—	—	87,8	65,4
Na 10,000 mieszk. liczba dni szpitalnych	27391	11320	1216	921	—	—	—	—	2396	1863

[1]) Jeśli uwzględnić szpitale fabryczne, liczba szpitali wyniesie 112. Ale: a) Część tych szpitali istnieje czasowo, np. przy cukrowniach; b) Większość jest b. małych; c) Przy obliczaniu za rok 1867 nie uwzględniono istniejących wówczas kilku szpitali fabrycznych.

[2]) Jeśli uwzględnić szpitale fabryczne liczba ta będzie się równać: **5,7.**

Zdaje mi się, że podobnych stosunków nigdzie znaleźć nie można.

Następujące zestawienie wykazuje nasze stanowisko w państwie i stosunek do innych krajów:

Panstwo Rosyjskie (1895 r.)	6,2
Królestwo Polskie	5,4
Ślązk Pruski	34,14
Alzacja	87,70
Poznańskie	19,49
Król. Wirtemberskie	54,11
Prowincje Nadreńskie	101,5
Austrja (1895)	21,9

Więc gęsto zaludnione Królestwo nie doszło nawet przeciętnej cyfry całego państwa Rosyjskiego, a w porównaniu z innymi krajami wyglądamy, jak nędzarze.

Założenie takiej ilości szpitali, która by dała u nas to minimum, jakie znajdujemy gdzieindziej (19,50 łóżek na 10,000 m.) — wymaga długich lat czasu i wielkich sum.

Więc musimy się narazie ograniczyć mniejszymi szpitalikami; nie będą one wolne od braków, ale b ę d ą.

Urządzenie zaś małych i maleńkich szpitali — jest nieraz sprawą dobrej woli jednostki energicznej i sprawę miłującej.

„Co znaczy dla lekarza na prowincyi szpital i do jakich sposobów wobec braku szpitala, musi się uciekać, świadczy przykład d-ra Leona, Karwackiego w Sosnowicy [gub. Siedlecka, pow. Włodawski]. W 1898r. dawna właścielka Sosnowicy p. Niepokojczycka pobudowała dom dla lekarza. Ponieważ mieszkanie było dość obszerne i rozkład wygodny, przeto d-r Karwacki wyodrębnił zę swego mieszkania 2 pokoje, przeznaczając je na szpitalik o 4 łóżkach. Okoliczni obywatele przyszli w pomoc, czy to ofiarując łóżka i pościel, czy też zasiłek pieniężny [uzbierano na ten cel około 80 rb.]. Pieniądze te obrócono na nabycie utensyliów, w części zaś na żywienie chorych. Po za tem żadnych zasiłków nie było. Szpitalik utrzymuje się z opłat chorych. Niedobory pokrywa d-r K. z własnej kieszeni. Lekarstw dostarcza miejscowa apteka ze zniżką 25%. Pożywienie chorzy otrzymują z kuchni d-ra K. Chorzy płacą za pobyt dziennie 30 kop.—50 kop.—1 rb. (*maximum*) w miarę możności; niezamożni zaś, bezrolni najmici, przyjmowani są bezpłatnie.

W tym tak pierwotnie urządzonym szpitaliku d-r Karwacki miał w ciągu 1899 r. [i części 1900], a więc w pierwszym roku istnienia 120 chorych chirurgicznych, chorych wymagających zabiegów niemożliwych w domu [przemywanie żołądka i.t.p.], dzieci z krupem, chorych z cierpieniami zakaźnemi, ginekologicznych, wreszcie chorych, pozostających. dla obserwacji i t. d.

Być bardzo może, że ze stanowiska nauki szpitalnictwa taki zakład nie wytrzymuje krytyki. Zapewnie nie na jednym punkcie szwankuje tam dezynfekcja, izolacja i hygjena wogóle. A jednak, zdaniem mojem, przykład taki godzien jest ze wszech miar uznania. Mając do rozporządzenia choćby tego rodzaju szpitalik, lekarz może w pracy swej nabrać poczucia, że uczciwie spełnia obowiązki swego powołania i nie ogranicza działalności swojej do zapisywania recept. Fakt taki świadczy zdaje się wymownie, że szpital jest dla lekarza na prowincji środkiem do wyrwania się z położenia bez wyjścia, wprost z bezbronności wobec chorych. Dla tego też nie jako na ideał przyszłości, lecz jako na środek tymczasowy bardzo pożądany zapatrywałbym się na zakładanie szpitalików choćby w wynajętych domach, choćby w najskromniejszych warunkach. Niewątpliwie korzyść będzie zawsze znacznie większa aniżeli ewentualne szkody.

Gdyby u nas więcej było szpitalików, choć w tej postaci jak d-ra Karwackiego, to niewątpliwie ludność miejscowa uważałaby to za dobrodziejstwo, a lekarze, zamieszkali na prowincji, przyjęliby to, jak śmiem przypuszczać, z wdzięcznością". *S.*

Sprostowanie: W zeszycie 10-ym Czas. Lek. str. 400 wiersz 11 od dołu zamiast 1271 pow. być 1541 i w. 18 od dołu zam. 0,179 pow. być 0,079. Przy Schwalbach pow. być **Stahlbrunnen.**

Komitet redakcyjny: L. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, S. Serkowski, C. Stankiewicz, A. Tumpowski.

Wydawca: Dr. C. Stankiewicz. **Redaktor:** Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою. Г. Лодзь, 14 Октября 1900 г. Druk K. Kolińskiej, Średnia 23.

Już po wydrukowaniu numeru dowiedzieliśmy się, iż w Krakowie w roku bieżącym odbędzie się, poczynając od **dnia 25 Listopada,**

4-tygodniowy kurs wakacyjny dla lekarzy.

Wszelkich wyjaśnień udziela doc. dr. **Kryński** (Kraków. ul. Frańciszkańska 1).